



MANAJEMEN FARMASI

EDISI 2



SHANE P. DESSELLE
DAVID P. ZGARRICK

BUKU ASLI BERTIKER HOLOGRAM 3 DIMENSI

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

Mc
Graw
Hill
Education



Memfotokopi/membajak buku ini melanggar UU No. 19 Th 2002

MANAJEMEN FARMASI

Buku asli berstiker hologram 3 dimensi

Kutipan Pasal 72:**Sanksi Pelanggaran Undang-Undang Hak Cipta
(Undang-Undang No. 19 Tahun 2002)**

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PENTING DIKETAHUI

Penerbit adalah rekanan pengarang untuk menerbitkan sebuah buku. Bersama pengarang, penerbit menciptakan buku untuk diterbitkan. Penerbit mempunyai hak atas penerbitan buku tersebut serta distribusinya, sedangkan pengarang memegang hak penuh atas karangannya dan berhak mendapatkan royalti atas penjualan bukunya dari penerbit.

Percetakan adalah perusahaan yang memiliki mesin cetak dan menjual jasa pencetakan. Percetakan tidak memiliki hak apa pun dari buku yang dicetaknya kecuali upah. Percetakan tidak bertanggung jawab atas isi buku yang dicetaknya.

Pengarang adalah pencipta buku yang menyerahkan naskahnya untuk diterbitkan di sebuah penerbit. Pengarang memiliki hak penuh atas karangannya, namun menyerahkan hak penerbitan dan distribusi bukunya kepada penerbit yang ditunjuknya sesuai batas-batas yang ditentukan dalam perjanjian. Pengarang berhak mendapatkan royalti atas karyanya dari penerbit, sesuai dengan ketentuan di dalam perjanjian Pengarang-Penerbit.

Pembajak adalah pihak yang mengambil keuntungan dari kepakaran pengarang dan kebutuhan belajar masyarakat. Pembajak tidak mempunyai hak mencetak, tidak memiliki hak menggandakan, mendistribusikan, dan menjual buku yang digandakannya karena tidak dilindungi *copyright* ataupun perjanjian pengarang-penerbit. Pembajak tidak peduli atas jerih payah pengarang. Buku pembajak dapat lebih murah karena mereka tidak perlu mempersiapkan naskah mulai dari pemilihan judul, editing sampai persiapan pracetak, tidak membayar royalti, dan tidak terikat perjanjian dengan pihak mana pun.

PEMBAJAKAN BUKU ADALAH KRIMINAL!

Anda jangan menggunakan buku bajakan, demi menghargai jerih payah para pengarang yang notabene adalah para guru.

MANAJEMEN FARMASI

(Pharmacy Management: Essentials for All Practice Settings)

EDISI 2

Shane P. Desselle, PhD, RPh, FAPhA

Professor and Associate Dean for
Tulsa Programs
Chair, Department of Clinical and
Administrative Sciences-Tulsa
University of Oklahoma
College of Pharmacy
Tulsa, Oklahoma

David P. Zgarrick, PhD, RPh

John R. Ellis Distinguished Chair
of Pharmacy Practice
Professor of Pharmacy Administration
Drake University
College of Pharmacy and Health Sciences
Des Moines, Iowa

Alih Bahasa:

Azza Faturrohman, M.Si., Apt.

Editor Edisi Bahasa Indonesia:

Ryeska Fajar Respaty, S.Farm., Apt.

Amalia H. Hadinata, S.Farm., Apt.

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

EGC 1912

This is a translation of original title:

PHARMACY MANAGEMENT: ESSENTIALS FOR ALL PRACTICE SETTINGS, 2ND ED.

by SHANE P. DESSELLE & DAVID P. ZGARRICK

Copyright © 2009 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

All rights reserved.

MANAJEMEN FARMASI, ED. 2

Alih bahasa: Azza Faturrohman, M.Si., Apt., dkk.

Editor edisi bahasa Indonesia: Ryeska Fajar Respaty, S.Farm., Apt. & Amalia H. Hadinata, S.Farm., Apt.

Hak cipta terjemahan Indonesia

© 2009 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Teddy Kurniawan, S.Sn

Penata letak: Eki Juliandi

Hak cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Cetakan 2014

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Desselle, Shane P.

Manajemen farmasi / penulis, Shane P. Desselle, David P. Zgarrick ; alih bahasa, Azza Faturrohman ... [et al.] ; — editor edisi bahasa Indonesia, Ryeska Fajar Respaty, Amalia H. Hadinata. — Ed. 2. — Jakarta : EGC, 2014. xvii, 568 hlm. ; 21 × 28,5 cm.

Judul asli: *Pharmacy management: essentials for all practice settings.*

ISBN 978-979-044-481-2

1. Farmasi—Manajemen. I. Judul. II. Zgarrick, David P. III. Azza Faturrohman. IV. Ryeska Fajar Respaty. V. Amalia H. Hadinata.

615.1068

Ilmu kedokteran adalah ilmu yang senantiasa berubah. Karena banyak riset baru dan pengalaman klinis yang memperluas pengetahuan kita, perubahan di bidang penatalaksanaan dan terapi obat diperlukan. Para penulis dan penerbit buku ini sudah melakukan pengecekan terhadap sumber-sumber yang diyakini terpercaya dalam upaya untuk memberikan informasi yang lengkap dan umumnya mengikuti standar-standar yang diterima pada saat diterbitkan. Namun, sadar akan kemungkinan kesalahan manusiawi atau perubahan di bidang pengetahuan medis, pengarang maupun penerbit atau pihak lain yang terlibat dalam penyusunan atau penerbitan buku ini tidak menjamin bahwa informasi yang dimuat di dalam buku ini akurat atau lengkap, dan mereka juga menolak klaim atas segala tanggung jawab atas kesalahan atau kealpaan atau atas akibat yang ditimbulkan oleh penggunaan informasi yang terkandung dalam buku ini. Pembaca dianjurkan untuk mengonfirmasi informasi yang terkandung di sini dengan sumber-sumber lain. Contohnya, khususnya, pembaca dianjurkan untuk mengecek lembar informasi produk yang terdapat di dalam kemasan setiap obat mengenai rencana pemberiannya untuk memastikan bahwa informasi yang ditulis di dalam buku ini akurat dan bahwa belum ada perubahan pada dosis yang dianjurkan atau kontraindikasi pemberiannya. Rekomendasi ini terutama sangat penting untuk obat-obat baru atau obat yang jarang digunakan. Indikasi akurat, reaksi merugikan, dan jadwal dosis untuk obat disajikan pada buku ini, tetapi hal ini dapat saja berubah. Pembaca disarankan mengacu data informasi dari pabrik tentang obat yang ditulis pada kemasannya. Penulis, editor, penerbit, atau distributor tidak bertanggung jawab atas kesalahan atau kealpaan atau atas konsekuensi dari penerapan informasi yang ada di dalam buku ini, dan tidak memberi jaminan, tersurat atau tersirat, atas isi buku. Penulis, editor, penerbit, dan distributor tidak bertanggung jawab atas cedera dan/atau kerusakan pada seseorang atau properti yang timbul dari buku ini.



Isi di luar tanggung jawab percetakan

ALHAMBALAS

1. Dr. Umi Athijah, M.S., Apt.
2. Dra. Ekarina Ratna Himawati, M.Kes., Apt.
3. Dra. Liza Pristianty, M.Si., M.M., Apt.
4. I Nyoman Wijaya, Sp.F.R.S., S.Si., Apt.
5. Arie Sulistyarini, S.Si., Apt.
6. Elida Zairina, M.P.H., S.Si., Apt.
7. Hanni Prihastuti Puspitasari, M.Phill., S.Si., Apt.
8. Gusti Noorizka Veronika Achmad, M.Sc., S.Si., Apt.
9. Anila Impian Sukorini, S.Si., Apt.
10. Azza Faturrohmah, M.Si., S.Si., Apt.
11. Andi Hermansyah, M.Sc., S.Farm., Apt.
12. Catur Dian Setiawan, S.Farm., Apt.
13. Gesnita Nugraheni, S.Farm., Apt.

Halaman Persembahan

Untuk Deborah dan Brittney (S.P.D)

Serta

Untuk Michelle, Miles, Grace, dan Elle (D.P.Z)

DAFTAR ISI

Kontributor | ix
Kata Pengantar | xiii

BAGIAN 1: MENGAPA BELAJAR MANAJEMEN DI SEKOLAH FARMASI?	1
Bab 1 Asuhan Kefarmasian Sebagai Suatu Kemajuan Manajemen	3
Bab 2 Fungsi Manajemen	17
BAGIAN 2: MENGELOLA OPERASIONAL	27
Bab 3 Perencanaan Strategis Operasional Praktik	29
Bab 4 Perencanaan Bisnis bagi Program Farmasi	43
Bab 5 Manajemen Operasional Umum	59
Bab 6 Pengelolaan Teknologi dan Sistem Informasi Farmasi	73
Bab 7 Jaminan Kualitas pada Operasional Farmasi	89
BAGIAN 3: MENGELOLA PERSONEL	111
Bab 8 Struktur dan Perilaku Organisasi	113
Bab 9 Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia	135
Bab 10 Sistem Penilaian Kinerja	149
Bab 11 Layanan Pelanggan	167
Bab 12 Permasalahan di Tempat Kerja Saat Ini	179
Bab 13 Manajemen Waktu/Keterampilan Organisasional	193
Bab 14 Kepemimpinan di Apotek	215
BAGIAN 4: MENGELOLA KEUANGAN	227
Bab 15 Laporan Keuangan	229
Bab 16 Persoalan Pembayar Pihak Ketiga	245
Bab 17 Medicare Part D	261
Bab 18 Penganggaran	277
Bab 19 Keuangan Pribadi	289

BAGIAN 5: MENGELOLA BARANG DAN LAYANAN TRADISIONAL 303

Bab 20	Teori Pemasaran	305
Bab 21	Aplikasi Pemasaran	327
Bab 22	Manajemen Pembelian dan Persediaan	345
Bab 23	<i>Merchandising</i>	361

BAGIAN 6: MENGELOLA LAYANAN BERNILAI TAMBAH 373

Bab 24	Menilai Kebutuhan Layanan Bernilai Tambah	375
Bab 25	Menerapkan Layanan Apotek Bernilai Tambah	387
Bab 26	Kompensasi untuk Layanan Bernilai Tambah Apotek	409
Bab 27	Mengevaluasi Luaran dari Layanan Bernilai Tambah Apotek	421

BAGIAN 7: MENGELOLA RISIKO DALAM PRAKTIK KEFARMASIAN 437

Bab 28	Manajemen Risiko dalam Praktik Farmasi Kontemporer	439
Bab 29	Kepatuhan Terhadap Peraturan dan Badan Regulasi	453
Bab 30	Pencegahan dan Penanganan Kesalahan Pengobatan: Peranan Farmasis	467

**BAGIAN 8: APLIKASI MANAJEMEN DI RUANG LINGKUP APOTEK YANG
SPESIFIK 485**

Bab 31	Kewirausahaan	487
Bab 32	Aplikasi dalam Apotek Komunitas Mandiri	497
Bab 33	Aplikasi dalam Praktik Apotek Komunitas Jaringan	517
Bab 34	Aplikasi dalam Praktik Apotek Rumah Sakit	529

PANEL CONTRIBUTOR

Michelle Belsey

Vice President for College Relations and Professional Recruitment, Rite-Aid Corporation, Camp Hill, Pennsylvania

John Bentley, PhD

Associate Professor, Department of Pharmacy Administration, School of Pharmacy, University of Mississippi, University, Mississippi

Joseph Bonnarens, PhD

Dean of Student Affairs, Associate Professor, Pharmacy Administration, School of Pharmacy, Pacific University, Hillsboro, Oregon

Michelle A. Chui, PharmD, PhD

Associate Professor of Pharmacy Administration, Midwestern University of Wisconsin, College of Pharmacy, Glendale, Arizona

Bartholomew E. Clark, RPh, PhD

Associate Professor Pharmacy Sciences Department, School of Pharmacy and Health Professions, Creighton University, Omaha, Nebraska

Edward Cohen, PharmD

Director, Clinical Services, Clinical Education and Immunization Services, Walgreens Health Services, Deerfield, Illinois

Michael R. Cohen, RPh, MS, ScD, FASHP

President, Institute for Safe Medication Practices, Horsham, Pennsylvania

Shane P Desselle, PhD, RPh, FAPhA

Professor and Associate Dean for Tulsa Programs, Chair: Department of Clinical and Administrative Sciences-Tulsa, University of Oklahoma, College of Pharmacy, Tulsa, Oklahoma

William Doucette, PhD

Associate Professor, College of Pharmacy, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Kevin Farmer, PhD

Associate Professor, University of Oklahoma College of Pharmacy, Oklahoma City, Oklahoma

Karen B. Farris, PBS Pharm, PhD

Associate Professor, Division of Clinical and Administrative Pharmacy, College of Pharmacy, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Bill G. Felkey, MS, RPh

Professor, Department of Pharmacy Care Systems, Auburn University, Auburn, Alabama

Caroline A. Gaither, BS Pharm, MS, PhD, FAPHA

Associate Professor and Director of Graduate Studies, Department of Clinical, Social and Administrative Sciences, College of Pharmacy, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

David A. Gettman, RPh, MBA, PhD

Associate Professor, Pharmaceutical, Administrative, and Social Sciences, University of Appalachia College of Pharmacy, Oakwood, Virginia

Vincent J. Giannetti, PhD

Professor, Social and Administrative Sciences in Pharmacy, Mylan School of Pharmacy, Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania

William A. Gouveia, MS, FASHP, DHL

Director of Pharmacy, Tufts-New England Medical Center; Associate Professor of Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, Massachusetts

Matthew Grissinger, RPh, FASCP

Medication Safety Analyst, Institute for Safe Medication Practices, Huntingdon Valley, Pennsylvania

Dana P. Hammer, RPh, MS, PhD

University of Washington School of Pharmacy, Seattle, Washington

Donald Harrison, BS, MS, PhD

Associate Professor, Department of Clinical and Administrative Sciences, College of Pharmacy, University of Oklahoma, Oklahoma City, Oklahoma

David A. Holdford, RPh, MS, PhD

Associate Professor, Department of Pharmacy, School of Pharmacy, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia

David A. Latif, MBA, PhD

Professor and Chair, Department of Pharmaceutical and Administrative Sciences, University of Charleston School of Pharmacy, Charleston, West Virginia

Frank Massaro, PharmD

Pharmacy Practice Manager, Tufts-New England Medical Center, Boston, Massachusetts

Randal McDonough, MS, PharmD, CGP, BCPS

Co-owner and Director of Clinical Services, Towncrest and Medical Plaza Pharmacies, Iowa City, Iowa

Rashid Mosavin, RPh, PhD, MBA

Associate Professor, Department of Pharmacotherapy and Outcome Science, School of Pharmacy, Loma Linda University, Loma Linda, California

Glen T. Schumock, PharmD, MBA, FCCP

Associate Professor, Department of Pharmacy Practice; Director, Center for Pharmacoeconomic Research, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois

Virginia (Ginger) G. Scott, PhD, MS, RPh

Professor and Director of Continuing Education, Department of Pharmaceutical Systems and Policy, West University School of Pharmacy, Morgantown, West Virginia

Kathleen Snella, PharmD, BCPS

Assistant Dean, Vice-Chair and Associate Professor, Division of Pharmacy Practice, University of Missouri-Kansas City School of Pharmacy, Columbia, Missouri

Margaret R. Thrower, PharmD

Assistant Professor, Auburn University Harrison School of Pharmacy, Auburn, Alabama

Bradley P. Tice, PharmD, RPh, CDM, PMP

Chief Clinical Officer, PharmMD Solutions, LLC, Brentwood, Tennessee

David J. Tipton, PhD

Associate Professor, Mylan School of Pharmacy, Duquesne University, Pittsburgh, Pennsylvania

Julie M. Urmie, PhD

Assistant Professor, Program in Pharmaceutical Socioeconomics, College of Pharmacy, University of Iowa, Iowa City, Iowa

Terry L. Warholak, PhD, RPh

Clinical Assistant Professor, Pharmacy Practice and Science, University of Arizona College of Pharmacy, Tucson, Arizona

Donna West, RPh, PhD

Associate Professor, Division of Pharmaceutical Evaluation and Policy, University of Arkansas for Medical Sciences College of Pharmacy, Little Rock, Arkansas

Noel E. Wilkin, RPh, PhD

Interim Vice Provost, Pharmacy Administration; Research Associate and Professor, Research Institute of Pharmaceutical Sciences; Director, Center for Pharmaceutical Marketing and Management, University of Mississippi School of Pharmacy, Oxford, Mississippi

Godwin Wong, PhD

Visiting Associate Professor, Lester Center for Entrepreneurship and Innovation, University of California Berkeley Haas School of Business, Berkeley, California

David P. Zgarrick, PhD, RPh

John R. Ellis Distinguished Chair of Pharmacy Practice, Professor of Pharmacy Administration, Drake University College of Pharmacy and Health Sciences, Des Moines, Iowa

KATA PENGANTAR

■ APA YANG TERBARU DI EDISI INI!!

Saat merencanakan edisi kedua buku ini, kami memulai dengan mempertimbangkan masukan dari rekan pendidik, farmasis, dan mahasiswa. Melalui survei, surat elektronik, dan diskusi, kami mempelajari tentang materi mana yang menarik di edisi pertama, dan materi apa yang perlu ditambahkan dan diubah pada edisi selanjutnya. Dari apa yang telah kami pelajari, kami bekerja dengan penulis tiap bab buku ini bukan hanya untuk meningkatkan kemudahan penggunaan bagi fakultas dan mahasiswa, melainkan juga menggambarkan perubahan dalam praktik kefarmasian dan manajemen yang terjadi selama 4 tahun terakhir.

- **Tiap bab telah di perbarui** untuk menggambarkan sifat perkembangan tiap-tiap topik manajemen bab tersebut.
- **Beberapa bagian baru yang menggambarkan perkembangan profesi kita telah ditambahkan**, seperti penerapan Medicare Modernization Act dan tambahan berikutnya tentang manfaat obat resep pasien rawat jalan (Medicare Part D).
- **Tren baru dalam literatur dan studi penelitian manajemen** direfleksikan pada tiap bab.
- Ada empat bab baru yang ditambahkan dalam edisi kedua ini. Oleh karena manajer yang efektif harus mempunyai keahlian memimpin,

Kami menambahkan bab tentang **peran kepemimpinan dalam manajemen**.

Medicare Part D menggambarkan kemungkinan tantangan dan kesempatan terbesar untuk praktik kefarmasian dalam 20 tahun terakhir. Kami menambahkan bab yang membahas pengaruh program ini terhadap area lain dalam praktik kefarmasian.

Praktik kefarmasian dan pemberian pelayanan kesehatan tidak terpisahkan dengan beberapa risiko. Kami telah menambahkan bab tentang deskripsi dan pengelolaan risiko-risiko yang sering muncul dalam praktik kefarmasian. Kemampuan untuk mengambil keuntungan dari peluang dalam praktik kefarmasian saat ini tidak hanya membutuhkan keterampilan manajemen, tetapi juga pola pikir yang bisa berpikir strategis tentang risiko dan manfaat dalam program baru. Kami telah menambahkan bab tentang **kewirausahaan** untuk menjelaskan bagaimana jiwa kewirausahaan dapat meningkatkan praktik kefarmasian, dan untuk menjelaskan bagaimana kemampuan kewirausahaan dapat diperoleh.

■ KENAPA KAMI MEMBUAT BUKU INI?

Saat ini adalah waktu yang sangat menarik bagi farmasis, mahasiswa farmasi, pendidik, dan profesi lain yang berhubungan dengan farmasi. Ada banyak faktor yang datang bersamaan untuk menyediakan peluang baru bagi farmasis, khususnya dalam perawatan pasien dan pengembangan peran profesional. Tapi dengan munculnya peluang baru diikuti pula kemunculan tantangannya, termasuk bagaimana cara mengatur sumber daya manusia dan profesional yang menunjang keberhasilan dalam menghadapi lingkungan yang terus berubah.

Pendidik tidak hanya harus mengikuti perkembangan dalam praktik kefarmasian, tetapi juga harus bisa mengantisipasi dan menyiapkan mahasiswa dalam menghadapi kesempatan dan segala kemungkinan yang muncul dalam karir profesional mereka. Dalam usaha kami untuk menyiapkan mahasiswa, pendidik manajemen kefarmasian telah mengumpulkan berbagai data dari berbagai sumber yang mendukung, diantaranya adalah: buku teks, jurnal-jurnal, dan sumber pendidikan lain. Hal ini dilakukan berdasarkan fakta bahwa beberapa sumber informasi hanya fokus dalam satu fungsi manajemen yang spesifik (pemasaran, personel, akuntansi, dan pembiayaan) atau fokus dalam

praktik spesifik (farmasi di apotek, farmasi rumah sakit). Kami percaya bahwa ada banyak nilai lebih dalam buku teks manajemen kefarmasian yang komprehensif mencakup banyak wilayah isi dan menggabungkan sumber daya yang berbeda ke dalam satu teks. Kami juga berharap menyusun sumber yang bisa diterapkan dalam ruang lingkup praktik yang luas. Kolega kami dalam profesi juga setuju bahwa buku teks manajemen yang komprehensif memang diperlukan. Keinginan kami untuk memenuhi kebutuhan inilah yang memacu ketertarikan kami untuk membuat tulisan ini.

■ APA YANG BERUBAH DARI EDISI PERTAMA?

Ketika merencanakan edisi kedua buku ini, kami memulai dengan mempertimbangkan masukan dari rekan pendidik, farmasis dan mahasiswa farmasi. Melalui survei, surat elektronik, dan diskusi, kami mempelajari tentang materi mana yang disukai oleh pengguna di edisi pertama, dan materi apa yang perlu ditambahkan di edisi selanjutnya. Menggunakan apa yang kami pelajari, kami bekerja dengan penulis tiap bab bukan hanya untuk meningkatkan kemudahan penggunaan bagi fakultas dan mahasiswa, tetapi juga menggambarkan perubahan dalam praktik kefarmasian dan manajemen yang terjadi selama 4 tahun terakhir.

Tiap bab telah di perbarui untuk menggambarkan sifat perkembangan tiap-tiap topik manajemen bab tersebut. Dalam banyak kasus, bagian baru telah ditambahkan untuk merefleksikan peristiwa besar dalam profesi kita, seperti penerapan Medicare Modernization Act dan tambahan berikutnya tentang manfaat obat resep pasien rawat jalan (Medicare Part D). Tren baru dalam literatur dan studi penelitian manajemen direfleksikan pada tiap bab.

Empat bab baru yang ditambahkan ke dalam edisi kedua ini. Karena manajer yang efektif harus mempunyai keahlian memimpin, kami menambahkan bab tentang peran kepemimpinan dalam manajemen. Medicare Part D menggambarkan kemungkinan tantangan dan kesempatan terbesar untuk praktik kefarmasian dalam 20 tahun terakhir. Kami menambahkan bab yang membahas pengaruh program ini terhadap area lain dalam praktik kefarmasian. Praktik kefarmasian dan pemberian pelayanan kesehatan tidak terpisahkan dengan risiko, Kami telah menambahkan bab tentang deskripsi dan pengelolaan risiko-risiko yang sering muncul dalam praktik kefarmasian. Kemampuan untuk mengambil keuntungan dari peluang dalam praktik kefarmasian saat ini tidak hanya membutuhkan keterampilan manajemen tetapi juga pola pikir yang bisa berpikir strategis tentang risiko dan manfaat dalam program baru. Kami telah menambahkan bab tentang kewirausahaan untuk menjelaskan bagaimana jiwa kewirausahaan dapat meningkatkan praktik kefarmasian, dan untuk menjelaskan bagaimana kemampuan kewirausahaan dapat diperoleh.

■ APA YANG AKAN PEMBACA DAPATKAN DI BUKU TEKS INI?

Buku ini disusun untuk menggambarkan semua fungsi manajemen yang di terapkan oleh farmasis dalam semua ruang lingkup praktik kefarmasian. Buku ini dibagi dalam beberapa bagian berdasarkan fungsi masing-masing, dan lebih jauh dibagi lagi menjadi bab-bab yang menjelaskan tentang bermacam komponen tiap fungsi.

Pengalaman kami sebagai pendidik mengajarkan kepada kami bahwa mahasiswa adalah pembelajar paling efektif jika mereka “siap” untuk belajar. Beberapa mahasiswa memilih farmasi karena keinginan untuk menjadi bagian utama untuk menolong masyarakat, selain itu karena daya tarik dan keingintahuan tentang bagaimana sejumlah kecil obat dapat memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap tubuh. Beberapa mahasiswa juga percaya bahwa mereka hanya perlu belajar tentang manajemen setelah mereka lulus, jika mereka menempati posisi administratif atau manajerial di apotek mereka. Bagian pertama dalam buku ini menjelaskan kasus betapa pentingnya peran kemampuan manajemen untuk masyarakat dan farmasis, apapun posisi dan ruang lingkup praktik mereka. Setelah jelas kebutuhan akan manajemen dalam kehidupan personel dan profesional, empat bagian selanjutnya menjelaskan fungsi-fungsi manajemen dan sumber daya yang sering digunakan dalam praktik kefarmasian (pengoperasian, personel, keuangan, sediaan kefarmasian, dan layanan). Bab-bab dalam tiap bagian memfokuskan dalam aspek-aspek penting dari tiap fungsi atau sumber daya.

Saat praktik kefarmasian berevolusi dari orientasi produk menjadi orientasi pasien, terdapat beberapa tantangan unik yang muncul dalam mengelola layanan bernilai tambah yang dikembangkan farmasis untuk memenuhi kebutuhan pasien (misalnya, skrining kolesterol, edukasi diabetes, monitoring terapi obat, dll.). Satu bagian dalam buku ini didedikasikan untuk perencanaan, pelaksanaan, pembiayaan, dan evaluasi dalam layanan perawatan pasien baru yang ditawarkan oleh farmasis ini.

Beberapa bab buku ini didedikasikan untuk menjelaskan risiko yang tidak terpisahkan dalam praktik kefarmasian, pengaruh hukum, peraturan, dan kesalahan pengobatan pada manajemen kefarmasian. Bagian terakhir menjelaskan garis besar tentang peran kewirausahaan dan bagaimana fungsi manajemen diterapkan dalam ruang lingkup praktik kefarmasian yang spesifik (apotek independen, apotek jaringan, dan rumah sakit)

■ BAGAIMANA TIAP BAB DISUSUN?

Tiap bab dibagi menjadi beberapa bagian untuk memfasilitasi pembaca dalam memahami dan mempraktikkan materi dalam buku ini. Bab dimulai dengan daftar tujuan pembelajaran yang menjelaskan garis besar topik utama yang akan dibahas. Skenario singkat digunakan untuk menjelaskan bagaimana mahasiswa farmasi atau farmasis mungkin membutuhkan dan mempraktikkan informasi yang dijelaskan dalam bab ini dalam kehidupan dan pekerjaan mereka. Pertanyaan di setiap awal bab merupakan petunjuk dan membantu pembaca dalam memahami tentang apa yang dapat mereka pelajari.

Tulisan di setiap bab menyediakan cakupan isi dan teori yang komprehensif dan melatarbelakangi konsep-konsep utama Referensi untuk literatur manajemen dari farmasi sering digunakan untuk memberikan pembaca *link* menuju informasi latar belakang tambahan. Penjelasan dan cara aplikasi juga digunakan untuk membantu pembaca lebih mengerti kebutuhan untuk menguasai dan menerapkan tiap konsep. Pertanyaan di akhir bab mendorong pembaca untuk memikirkan apa yang telah mereka pelajari, dan bagaimana cara menerapkan konsep yang ada dengan cara baru.

■ APA YANG KAMI HARAP PEMBACA DAPATKAN DARI BUKU INI

Jika Anda adalah mahasiswa farmasi, kami mengharapkan bahwa dengan menggunakan buku ini, Anda dapat mengapresiasi peranan manajemen dalam praktik kefarmasian, apapun posisi dan pekerjaan Anda nanti. Buku ini juga memberikan Anda berbagai macam teori manajemen dan alat-alat yang bisa Anda terapkan dalam aspek kehidupan sehari-hari.

Kami menyadari bahwa beberapa farmasis tidak mendapatkan kuliah manajemen yang cukup dalam pendidikan formal dan pelatihan profesional. Karena itu, kami berharap buku ini menjadi petunjuk berharga bagi farmasis yang membutuhkan bantuan dalam menyelesaikan permasalahan yang tidak mereka antisipasi ketika memulai perjalanan karirnya. Untuk farmasis yang mendapatkan pendidikan dan pengalaman formal tentang manajemen, kami berharap buku ini bisa menjadi referensi yang berharga atau sebagai sumber ide-ide baru yang bisa diterapkan dalam praktik sehari-hari.

Untuk pendidik, buku ini dirancang sebagai buku teks manajemen kefarmasian yang komprehensif. Secara keseluruhan, buku ini dapat digunakan dalam kuliah survei yang mencakup semua area manajemen kefarmasian. Format bagian di buku ini juga bisa digunakan dalam pelatihan yang fokus dalam topik atau fungsi-fungsi spesifik manajemen kefarmasian. Bagian dan isi setiap bab tidak hanya dimaksudkan untuk menyediakan informasi berharga yang memudahkan mahasiswa untuk mengerti, tetapi juga mendorong mahasiswa untuk melakukan diskusi lebih jauh dan memotivasi mahasiswa untuk belajar lebih banyak secara mandiri.

■ APA YANG INGIN KAMI DENGAR DARI PEMBACA!

Dewasa ini buku teks memiliki banyak kesamaan dengan piranti lunak komputer. Penciptanya telah menghabiskan banyak waktu dan tenaga berusaha untuk menyediakan hasil yang langsung bisa digunakan konsumen, tetapi jarang bisa dikatakan sebagai “produk akhir”. Buku teks, seperti piranti lunak komputer adalah “proses yang sedang berjalan” yang terus mengalami perbaikan. Cara terbaik untuk memperbaiki produk ini adalah dengan melihat masukan dari pengguna. Seperti Anda menggunakan buku ini, kami ingin mempelajari apa yang Anda sukai dari buku ini, apa yang masih bisa diperbaiki dan apa topik atau hal yang ingin Anda lihat ditambahkan di masa yang akan datang. Untuk itu, kami mengharapkan pembaca bersedia untuk membagi kritik dan saran untuk mendukung pengembangan buku ini melalui pharmacy@mcgraw-hill.com. Kami merencanakan untuk selalu memperbaiki isi buku ini di edisi mendatang dengan mendengarkan masukan dari Anda dan terus merefleksikan perkembangan terbaru dari ilmu manajemen dan praktik kefarmasian.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami ingin berterima kasih kepada kolega farmasis yang mempunyai peran penting dalam pengembangan program pendidikan prasarjana ataupun sarjana kami, begitu juga di institusi kami. Bertahun-tahun, kami banyak mengenal kolega lain dalam disiplin ilmu kami yang telah berbagi ilmu dan memberikan saran. Kami telah banyak mempelajari tentang disiplin ilmu kami dan tentang cara mengajar dari kolega kami, dan kami merasa sangat beruntung mereka bersedia untuk membagi ilmu dan pengalaman dengan kami.

Terima kasih juga kami sampaikan kepada fakultas, staf, dan administrator di University of Oklahoma dan Drake University dalam menyediakan lingkungan yang membuat usaha penyusunan buku ini mungkin untuk dilakukan. Kami juga berterima kasih terhadap mahasiswa yang kami ajar, yang telah memberikan inspirasi kepada kami untuk selalu berusaha menjadi pendidik yang lebih baik.

Kami ingin berterima kasih kepada rekan-rekan di McGraw-Hill dan editor di edisi pertama buku ini, Michael Brown, dan edisi saat ini, Michael Weitz, yang sudah bekerja dengan kami untuk mewujudkan ide menyusun buku teks manajemen kefarmasian yang komprehensif menjadi kenyataan.

Akhirnya, kami menyampaikan penghargaan atas usaha kepada penulis tiap bab buku ini. Kami memilih penulis bukan hanya karena keahlian mereka, melainkan juga karena dedikasi mereka untuk mendidik dan pengembangan profesional mahasiswa farmasi dan farmasis. Buku ini tidak akan terwujud tanpa usaha keras mereka.

BAGIAN 1

MENGAPA BELAJAR MANAJEMEN DI SEKOLAH FARMASI?

ASUHAN KEFARMASIAN SEBAGAI SUATU KEMAJUAN MANAJEMEN

Shane P. Desselle

Tentang Penulis: Dr. Deselle adalah seorang Professor, Associate Dean for Tulsa Program, dan Chair, Department of Pharmacy: Clinical and Administrative Science—Tulsa di University of Oklahoma College of Pharmacy. Dr. Desselle mendapat gelar sarjana farmasi serta Ph.D. di bidang administrasi farmasi dari University of Louisiana di Monroe. Beliau telah memiliki pengalaman baik di farmasi komunitas maupun farmasi rumah sakit. Dr. Desselle mengajar mata kuliah sistem pelayanan kesehatan Amerika Serikat, aspek ekonomi, sosial, dan perilaku layanan kesehatan dalam praktik kefarmasian, serta metode penelitian. Penelitian yang beliau tekuni meliputi sistem penilaian kinerja di apotek, kualitas pekerjaan pada teknisi farmasi, pemberian informasi langsung kepada konsumen mengenai obat yang diresepkan, pelayanan farmasi yang berbasis internet, dan desain manfaat apotek. Dr. Desselle memenangkan Duquesne University School of Pharmacy's President's Award for Teaching pada tahun 2003 dan President's Award for Scholarship pada tahun 2004 dan mendapat pengakuan atas kontribusinya di bidang farmasi dengan dikenal sebagai Fellow of the American Pharmacists Association pada tahun 2006.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengidentifikasi perubahan peran farmasis sejak awal tahun 1900-an.
2. Menjelaskan bagaimana praktisi dan pendidik farmasi memandang kebutuhan akan ketrampilan manajemen seiring dengan perkembangan peran farmasis.
3. Mengidentifikasi bidang dasar dalam asuhan kefarmasian. Menjelaskan praktik asuhan kefarmasian dan manajemen terapi obat sebagai suatu urutan fungsi manajemen.
4. Mengidentifikasi mitos-mitos yang menyatakan praktik kefarmasian dan layanan kesehatan sebagai suatu bisnis.
5. Mengevaluasi kebutuhan akan perspektif manajemen untuk dapat melayani pasien dengan lebih baik dan meningkatkan hasil terapi obat.
6. Membuat daftar ilmu manajemen, dan menjelaskan kegunaannya sebagai alat untuk membantu farmasis dalam praktik.

■ SKENARIO

Mary Quint baru saja menyelesaikan 2 tahun pertama kurikulum program doktor ilmu farmasi, dan terlepas dari kerja keras yang harus dia lakukan selama pendidikan, serta beberapa momen yang menegangkan dalam mempersiapkan ujian, dia sangat puas dengan pendidikannya sejauh ini. Dia juga mengira bahwa selama dia terus mengembangkan diri melalui kurikulum yang didapatinya, pelajaran selanjutnya akan lebih terintegrasi dan secara langsung dapat diaplikasikan dalam praktik kefarmasian. Dia sangat gembira terutama saat mengambil mata kuliah farmakologi dan terapi karena dia dapat “benar-benar mempelajari menjadi seorang farmasis.” Dia lalu melihat sekilas jadwalnya dan ternyata dia harus mengikuti mata kuliah wajib manajemen farmasi, dan antusiasnya tiba-tiba menurun. Dia kemudian segera berkonsultasi dengan teman mahasiswanya mengenai apa yang diajarkan pada mata kuliah tersebut, dan teman-temannya mengatakan bahwa mata kuliah tersebut mengenai “keuangan, akuntansi, dan pemasaran.” Walaupun kebanyakan temannya yang telah menyelesaikan mata kuliah tersebut memberikan komentar positif, Mary tetap merasa ragu. “Untuk apa saya harus mengambil mata kuliah ini? Saya tidak perlu belajar ini di sekolah farmasi. Saya sangat pandai dalam mata kuliah eksakta. Apabila saya menyukai pelajaran sejenis ini, lebih baik saya mengambil jurusan bisnis. Bagaimana mata kuliah ini akan membantu saya menjadi seorang farmasis yang lebih baik?” dia bertanya kepada dirinya sendiri.

Setelah berpikir beberapa saat, dia kemudian menyadari bahwa, dengan mengikuti kuliah ini bukan berarti akhir dari dunia, dan mungkin saja, mata kuliah ini akan menjadi warna baru dalam rutinitas Mary pada hari Senin, Rabu, dan Jum’at. Dia mulai berfokus pada hal lain, seperti pekerjaan paruh waktunya di Middleton South Pharmacy. Akhir-akhir ini, dia seperti tidak bersemangat untuk bekerja di sana. Para staf sepertinya terburu-buru dan tidak sabaran. Sepertinya selalu ada konflik di antara para pegawai, dan saat ada satu masalah, pasti ada masalah besar lain yang mengikuti. Dia menyesali keputusannya untuk berhenti bekerja di Middleton North Pharmacy 3 bulan yang lalu. Semua hal sepertinya berjalan baik di sana, walaupun dia harus membutuhkan waktu 20 menit lebih lama untuk pergi ke sana.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana peranan farmasis dalam memberikan produk obat dan pelayanan kefarmasian selama beberapa dasawarsa terakhir? Apakah peran dan fungsi yang dilakukan seorang farmasis sekarang?
2. Apa signifikansi manajemen dalam konteks asuhan kefarmasian dan kemajuan manajemen terapi pengobatan?

Mengapa hal tersebut sering dianggap remeh oleh farmasis dan mahasiswa farmasi?

3. Apakah mitos-mitos yang beredar dan memengaruhi praktik bisnis dan juga ketentuan pelayanan pasien oleh seorang farmasis?
4. Apa saja bukti yang mendukung bahwa perspektif bisnis sangat penting dalam menyediakan pelayanan kefarmasian yang efektif untuk pasien?
5. Apa saja yang termasuk pengetahuan manajemen, dan bagaimana praktisi farmasi dapat menggunakannya secara efektif?

■ PENDAHULUAN

Skenario sebelumnya, walaupun terkesan sangat sederhana, mungkin sudah mewakili perasaan sebagian besar mahasiswa farmasi. Mereka umumnya tertarik pada bidang ilmu pengetahuan eksakta, memiliki keinginan untuk membantu orang yang memerlukan, dan menghendaki karier yang menjamin kehidupan finansial mereka dalam jangka waktu yang lama. Karena kurikulum farmasi terdiri atas pengetahuan terapan dari fisika, kimia, anatomi, fisiologi, dan terapeutik, sebagian besar mahasiswa farmasi saat bersekolah memiliki nilai yang tinggi terutama untuk ilmu eksakta dan matematika. Kedua, mahasiswa yang memilih kuliah di farmasi umumnya memiliki ketertarikan pada pelayanan kesehatan dan mereka mempunyai perhatian terhadap keperawatan, kedokteran, atau profesi kesehatan yang lainnya. Penelitian telah menunjukkan bahwa orang yang berada di pelayanan kesehatan lebih peduli dan bersifat lebih empati serta mencari penghargaan pribadi dan aktualisasi dirinya melalui membantu sesama (Bell, McElnay, dan Hughes, 2000; Carmel dan Glick, 2001; Fjortoft and Zgarrick, 2003; Kunyk dan Olsen, 2001). Terakhir, banyak mahasiswa farmasi juga mempertimbangkan tingginya gaji yang akan diperoleh dari profesi yang dipilihnya tersebut sebelum mengikuti pendidikan selama 6 tahun. Ketika tidak banyak area kerja yang dapat memberikan kepastian pekerjaan pada mahasiswa yang baru lulus, dan tentunya tidak dengan gaji yang mendekati 6 digit untuk lulusan baru, mahasiswa farmasi lebih tenang saat mengetahui bahwa profesi mereka dapat memberikan pemasukan dalam jumlah yang cukup serta stabil. Bukanlah suatu hal yang mengejutkan apabila seorang farmasis dan mahasiswa farmasi termasuk tipe individu yang menghindari risiko spekulasi dan tidak tahan dengan ketidakpastian (Curtiss, 1980; Gaither, 1998a; Latif, 2000). Hal ini menjelaskan ketertarikan mereka terhadap jurusan yang berorientasi pada ilmu eksakta yang memberikan solusi langsung pada berbagai permasalahan.

Hal yang tidak banyak diketahui oleh kebanyakan mahasiswa farmasi adalah bahwa praktik kefarmasian yang sebenarnya bukan memberikan penyelesaian masalah dengan

perbedaan yang jelas. Ketika urutan proses yang terjadi pada praktik farmasi komunitas berlangsung tetap—pasien datang dengan resep, personel apotek menyiapkannya, dan konseling yang ditawarkan atau diberikan langsung oleh farmasis—introspeksi yang menyeluruh menunjukkan bahwa profesi ini telah menjalani transformasi yang sangat cepat dan memusingkan dalam beberapa dasawarsa terakhir. Farmasis saat ini semakin banyak terlibat dengan penyedia jasa selain memberikan pengobatan dan mempunyai tanggung jawab yang lebih besar pada hasil pengobatan pasien. Farmasis menjadi lebih terintegrasi dengan tim penyedia pelayanan kesehatan yang memberi perawatan pasien melalui implementasi pedoman dan prosedur pengobatan. Farmasis beroperasi sebagai bagian dari sistem pemberi layanan kesehatan yang kebanyakan dikerjakan dengan pembiayaan dari pihak ketiga yang senantiasa berusaha menyediakan pelayanan pasien yang berkualitas dengan biaya terkecil yang masih memungkinkan.

Bagi para mahasiswa farmasi supaya lebih memahami bagaimana praktik farmasi dijalankan pada saat ini, sebaiknya lebih banyak waktu yang digunakan untuk memahami kekuatan utama yang membentuk terjadinya profesi ini. Bab ini dimulai dengan sejarah singkat mengenai evolusi praktik farmasi di abad ke-20. Ringkasan sejarah ini, digabung dengan cuplikan singkat mengenai praktik farmasi kontemporer, akan menjelaskan bahwa asuhan kefarmasian dan kemajuan manajemen terapi pengobatan sama banyaknya dengan manajemen praktik farmasi klinis. Bab kemudian berlanjut dengan membahas beberapa mitos mengenai eksklusivitas bisnis farmasi dan hasil pada pasien dan dengan menyediakan bukti bahwa apa yang terbaik untuk pelaksanaan bisnis farmasi sering menjadi yang terbaik untuk pasien. Bab ini ditutup dengan diskusi singkat mengenai pengetahuan manajerial—cara-cara yang bisa berguna bagi semua praktisi terlepas dari kondisi praktiknya. Bab ini dan bab-bab selanjutnya menggunakan *pendekatan berbasis-bukti* untuk membahas manajemen farmasi, berdasarkan pada literatur dan hasil penelitian terbaru untuk menerangkan dan menjelaskan apa yang terjadi pada praktik kefarmasian saat ini. Para mahasiswa didorong untuk mengeksplorasi bacaan yang menjadi referensi yang disebutkan dalam teks ini.

■ TINJAUAN SEJARAH SINGKAT PRAKTIK KEFARMASIAN

Praktik Kefarmasian sebelum tahun 1940-an

Telah ada beberapa upaya yang sangat penting untuk menerangkan evolusi praktik kefarmasian. Beberapa telah menerangkannya dengan istilah “gelombang,” atau pergeseran dalam kekuatan pendidikan dan industri (Hepler, 1987), sementara yang lain dengan mengidentifikasi tahapan identitas profesional (Hepler and Strand, 1990), dan ada

pula dengan menerangkan kejadian-kejadian penting dalam sistem pelayanan kesehatan yang efeknya mengalir ke profesi farmasi (Broeseke and Janke, 1998). Walaupun pendekatan-pendekatan ini tampaknya sangat berbeda, deskripsi mereka mengenai penggerak dasar perubahan hampir mirip satu dengan yang lainnya. Pendekatan yang dipakai disini hanya untuk menerangkan perubahan pada awal, pertengahan, dan akhir abad ke-20.

Farmasi pada Awal Abad ke-20

Farmasi di Amerika Serikat yang dimulai pada abad dua puluh sebenarnya sudah ada pada akhir tahun 1800-an. Farmasi pada saat itu, merupakan profesi “marginal” yang paling banyak. Sebagian besar praktisi melakukan pekerjaannya melalui magang dan bukan dengan mengikuti pendidikan formal. Fungsi kerja farmasis yang utama adalah “penanganan dan penyiapan obat yang umum digunakan setiap hari” (Sonnedeker, 1963, hlm. 204). Farmasis, atau “apoteker” sering terikat pada aktivitas manufaktur dalam skala besar dan distribusi produk obat. Peran farmasis pada saat itu sangat berbeda dengan saat ini. Pada awal abad ke-20, peran utama farmasis adalah untuk memperoleh bahan mentah dan meraciknya secara spontan menjadi produk obat yang digunakan oleh konsumen. Walaupun farmasis belum mendapatkan pengakuan sesungguhnya sebagai profesi layanan kesehatan, mereka sering dianggap memiliki otonomi dalam praktiknya. Tidak terdapat perbedaan yang jelas antara obat “resep” dan “nonresep”. Meskipun para dokter terlibat dalam proses penulisan resep, farmasis tidak berhak mengeluarkan sediaan obat tanpa ada permintaan dari dokter. Konsumen sering mengandalkan nasehat farmasis untuk penyakit yang ringan dan sering menyebut panggilan seorang farmasis tetangganya sebagai “dok” (Hepler, 1987).

Farmasis memiliki sedikit pilihan, tetapi harus memiliki ketajaman bisnis untuk dapat bertahan. Karena hanya sedikit produk yang dapat mereka berikan dipersiapkan terlebih dahulu oleh manufaktur, farmasis harus mahir dalam mengatur persediaan bahan baku kimia ruahan yang akan digunakan untuk meracik sediaan yang akan mereka serahkan. Mereka juga harus memiliki insting yang baik tentang bagaimana mengatur waktu dan orang agar dapat menyelesaikan serangkaian tugas yang sulit selama hari kerja.

Serangkaian studi yang dilakukan oleh pemerintah Amerika Serikat pada awal 1900-an menghasilkan suatu laporan yang dinamakan Flexner Reports pada tahun 1915. Laporan-laporan ini merupakan kritikan terhadap profesi pelayanan kesehatan dan pendidikannya, termasuk farmasis. Laporan ini mempertanyakan validitas dan kepentingan farmasis sebagai profesi pelayanan kesehatan. Tidak lama kemudian, American Association of Colleges of Pharmacy

(AACP) mengadakan studi yang diketuai oleh W.W Charters yang menjadi dasar terbentuknya program sarjana muda farmasi selama 4 tahun untuk semua kampus farmasi (Hepler, 1987). Hal ini dan banyak hal lain kemudian membawa dampak perubahan yang dramatis pada farmasi di tahun-tahun berikutnya.

Farmasi di pertengahan abad ke-20

Tahun 1940-an hingga 1960-an sering disebut sebagai "era perluasan" pelayanan kesehatan (Relman, 1988). Flexner Report membuat jalan bagi terwujudnya cabang ilmu medis modern yang lebih ilmiah dan berbasis empiris, untuk menjadi dasar praktik dan organisasi pelayanan kesehatan. Pemerintah federal menginvestasikan dana dalam jumlah besar untuk memperluas kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan. Hospital Survey and Construction (Hill-Burton) Act pada tahun 1946 menyediakan dana yang cukup besar untuk renovasi dan perluasan rumah sakit yang ada serta pembangunan rumah sakit baru, terutama di daerah dalam kota yang kurang mendapat perhatian, serta daerah pedesaan (Torrens, 1993).

Ironisnya, farmasi pada era perluasan ini mulai menyadari perannya yang menghilang. Di antara faktor-faktor yang memengaruhi penurunan ini adalah kemajuan di bidang teknologi dan pengetahuan kefarmasian serta permintaan masyarakat untuk keseragaman komposisi produk obat. Hal ini membawa perubahan di bidang produksi obat yang dipersiapkan dalam jumlah besar dalam bentuk sediaan tablet, kapsul, sirup, dan eliksir, sehingga menurunkan secara signifikan kebutuhan farmasi untuk meracik permintaan resep. Perkembangan dari Durham-Humphrey Amendment pada Food, Drug, and Cosmetic Act pada tahun 1951 menciptakan suatu peresepan, atau "legenda", kategori obat. Farmasi tidak memiliki kewenangan untuk memberikan obat-obatan ini tanpa permintaan dari penulis resep yang memiliki izin. Akhirnya, Kode Etik Farmasi, yang dipublikasikan oleh American Pharmaceutical Association (APhA), menyatakan bahwa farmasi tidak boleh menjelaskan efek terapeutik atau komposisi resep pada pasien (Buerki and Vottero, 1994, hlm. 93). Kombinasi kekuatan ini menurunkan sebagian besar peran farmasi hanya menjadi seorang pemberi produk obat yang dipersiapkan terlebih dahulu.

Respons dari sekolah dan kampus farmasi terhadap pengurangan peran ini adalah pembuatan kurikulum yang lebih teknis, ilmiah, dan berdasarkan substansi. Masa pendidikan selama lima tahun kemudian ditambahkan pada program pendidikan sarjana muda selama 4 tahun oleh institusi pendidikan farmasi selama akhir tahun 1940-an hingga awal 1950-an dengan berdasar pada laporan AACP Committee on Curriculum yang berjudul, "The Pharmaceutical Curriculum" (Hepler, 1987). Selama waktu

ini, farmakologi, farmaseutika, dan kimia fisik berkembang menjadi suatu disiplin ilmu dan menjadi dasar pendidikan farmasi. Mahasiswa farmasi diharuskan mengingat sejumlah besar informasi mengenai sifat fisika dan kimia produk obat baik serta bentuk sediaannya. Mata kuliah mengenai aspek bisnis farmasi mendapat peran sekunder, sedangkan pendidikan untuk pelayanan pasien (misalnya, komunikasi dan terapeutik) tidak mendapat perhatian sama sekali.

Dengan adanya Kode Etik Farmasi yang tidak memperbolehkan farmasi untuk menjelaskan terapi obat kepada pasien, profesi ini menjadi kehilangan pentingnya kebutuhan farmasi untuk menjalin komunikasi secara efektif dengan pasien dan profesi pelayanan kesehatan lainnya. Seiring dengan bertambahnya jumlah rumah sakit dan apotek jaringan, yang menyebabkan farmasi menjadi lebih besar kemungkinannya menjadi pegawai dan bukan sebagai pemilik suatu bisnis, pentingnya ketrampilan manajemen praktik tidak ditekankan di sekolah farmasi. Ironisnya, studi-studi seperti Dichter Report yang dipimpin oleh APhA mengungkapkan bahwa konsumen menilai farmasi sebagai pedagang daripada profesi pelayanan kesehatan (Maine and Penna, 1996).

Farmasi pada Akhir Abad ke-20

Era perluasan mulai berkurang pada tahun 1970-an saat masyarakat mengalami "*sticker shock*" karena banyaknya uang yang dihabiskan untuk pelayanan kesehatan. Kongres meloloskan Health Maintenance Act pada tahun 1973, yang membantu mempersiapkan bagi organisasi-organisasi pemeliharaan kesehatan (*health maintenance organization*, HMO) untuk menjadi bagian tidak terpisahkan dalam pemberian layanan kesehatan. Pemerintah, dibandingkan sektor swasta, mendahului usaha untuk membatasi biaya saat mereka mengimplementasikan sistem pembayaran prospektif pada penggantian tunai untuk rawat inap Layanan Kesehatan berdasarkan kategori kelompok diagnosis (Pink, 1991).

Laporan Millis Commission pada tahun 1975, *Pharmacists for the Future: The Report of the Study Commission on Pharmacy* (Millis, 1975), menunjukkan bahwa farmasi kurang dipersiapkan untuk melakukan analisis sistem dan ketrampilan manajemen serta memiliki kekurangan dalam menjalin komunikasi dengan pasien, dokter, dan profesi layanan kesehatan lain. Laporan selanjutnya menyarankan adanya tambahan perkuliahan ilmu pengetahuan perilaku dan sosial di kurikulum farmasi serta mendorong lebih banyak partisipasi dan penelitian dari pihak fakultas terutama pada permasalahan riil yang terjadi di praktik kefarmasian (Millis, 1976).

Sebelum laporan ini dipublikasikan, American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) telah mengeluarkan *Mirror to Hospital Pharmacy*, yang menyatakan bahwa farmasi telah

kehilangan arah dan tujuan, gagal menghasilkan profesi pelayanan kesehatan yang mampu melakukan perubahan dan ASHP juga memberi catatan bahwa frustrasi serta rasa tidak puas di antara para praktisi juga mulai memengaruhi para mahasiswa (Hepler, 1987, hlm. 371). Kemajuan farmasi klinis muncul pada tahun 1970-an untuk memahami inti konsep kontrol penggunaan obat yang disampaikan oleh Brodie (1967) dan mengangkat peran farmasis sebagai penasihat terapeutik. Kemajuan farmasi klinis membawa sejumlah perubahan pada pendidikan dan praktik kefarmasian. Setelah diperkenalkan pada tahun 1948, gelar Doctor of Pharmacy (Pharm-D) yang diperoleh dalam 6 tahun pendidikan farmasi menjadi satu-satunya tingkat pertama yang ditawarkan oleh sejumlah kecil fakultas farmasi selama akhir 1960-an hingga awal 1970-an. Penambahan masa pendidikan dipergunakan kebanyakan untuk terapeutik atau "mata kuliah berorientasi-penyakit" dan pembelajaran pengalaman. Pada akhirnya, gelar Doktor Farmasi menjadi tingkat awal masuk ke profesi, dan kampus-kampus farmasi pada akhirnya menghapus program sarjana muda (American Association of Colleges of Pharmacy, 1996).

Tren yang dimulai sejumlah pimpinan dan akademisi di bidang ini untuk lebih melakukan pendekatan praktik klinis tampaknya menjadi respons yang tidak praktis terhadap perubahan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Perubahan-perubahan ini menekankan perhatian yang lebih pada biaya yang semakin besar dan berujung pada deinstitutionalisasi pasien dan standarisasi perawatan seperti penggunaan alat-alat sesuai dengan protokol, prosedur penanganan, dan jalur yang kritis. Ini juga tampaknya berlawanan dengan perubahan pada organisasi pekerja farmasi dan pasar farmaseutik terkini. Dengan proporsi farmasi komunitas yang dimiliki secara mandiri pada titik terendah di tahun 2000, apotek jaringan, apotek swalayan, dan pedagang besar farmasi telah memperoleh 64 persen pasar resep pasien rawat jalan (National Association of Chain Drug Store, 2003). Studi-studi telah lama menunjukkan bahwa farmasis yang mau dan memiliki kemampuan secara klinis untuk melakukan asuhan kefarmasian pasti menghadapi rintangan saat berpraktik dalam lingkungan jaringan (Miller and Ortmeier, 1995). Selain itu, ada dua tempat yang relatif baru untuk pelayanan farmasi rawat jalan yang secara langsung menghilangkan konsultasi tatap muka dengan pasien. Pada tahun 2005, pengoperasian apotek yang mendapat permintaan melalui surat telah meraup 19,1 persen pangsa pasar (pada pendapatan penjualan) untuk obat resep pasien rawat jalan (National Association of Chain Drug Stores, 2006). Milenium baru juga menghadirkan implementasi situs-situs jaringan farmasi di internet, yang kebanyakan dikelola dan dioperasikan oleh perusahaan farmasi jaringan "lumpang dan mortar" (*brick and mortar*) yang tradisional.

■ ASUHAN KEFARMASIAN SEBAGAI KEMAJUAN MANAJEMEN?

Dengan adanya perubahan pola pemikiran seperti ini, pengadopsian asuhan kefarmasian sebagai filosofi praktik kefarmasian akan tampak seperti "terlambat sehari dan hemat sedolar" baik bagi profesi maupun pasien yang dilayani. Tentu saja, hal ini dapat menjadi suatu permasalahan apabila konsep asuhan kefarmasian secara keseluruhan mengenai permasalahan klinis. Penggagas konsep ini dengan penuh semangat menekankan bahwa asuhan kefarmasian bukan suatu daftar aktivitas berorientasi klinis sederhana yang dilakukan kepada setiap pasien tetapi, sesungguhnya, adalah sebuah misi dan jalan pemikiran baru yang memanfaatkan kelebihan farmasis dalam hal keterjangkauan dan frekuensinya dalam berhadapan dengan pasien—suatu pola pemikiran yang memberi semangat farmasis untuk memikul tanggung jawab dalam mengatur farmakoterapi pasien agar dapat menyelesaikan dan mencegah permasalahan terkait obat yang terjadi saat ini dan di masa mendatang.

Terdapat argumen bahwa fokus akan pencegahan dan penyelesaian permasalahan terkait-obat hanya merupakan perluasan dari *manajemen risiko* (Wiederholt and Wiederholt, 1997; lihat juga Bab 28). Risiko adalah bagian tidak terpisahkan dari semua aktivitas bisnis, termasuk penyediaan pelayanan kefarmasian. Risiko umum untuk praktik bisnis di antaranya kebakaran, bencana alam, pencurian, turunnya perekonomian, dan pergantian karyawan, dan juga fakta bahwa tidak ada jaminan bahwa konsumen akan menerima atau menyetujui keseluruhan barang atau pelayanan yang mereka terima. Praktik kefarmasian meliputi risiko-risiko tambahan, terutama risiko bahwa pasien akan menderita kejadian yang merugikan terkait dengan terapi obat mereka.

Kejadian-kejadian ini sangat penting karena dapat menyebabkan bahaya yang signifikan atau bahkan kematian pada pasien dan dapat gangguan yang serius pada farmasis, seperti perasaan bersalah dan stres, timbul perkara hukum dengan pasien dan keluarga pasien, ancaman hukuman dari organisasi profesi, dan kehilangan pengakuan sosial atas profesi farmasis. Manajemen risiko menunjukkan bahwa risiko tidak dapat dihindari seluruhnya, tetapi harus dikaji, dijadikan pertimbangan, dan dikurangi hingga tingkat risiko tersebut dapat diterima (Tootelian and Gaedeke, 1993, hlm. 163).

Ide bahwa asuhan kefarmasian harus dilihat secara ketat sebagai kemajuan klinis juga dipertanyakan (Wilkin, 1999). Bukti bahwa asuhan kefarmasian muncul sebagai bagian dari kemajuan manajemen ditunjukkan melalui studi terbaru yang bertujuan untuk mencari standar praktik untuk memberi asuhan kefarmasian (Desselle and Rappaport,

1996). Suatu panel nasional dari para ahli mengidentifikasi 52 standar praktik kefarmasian, yang mengambil sampel dari penilaian farmasis di seluruh dunia bahwa mereka menyatakan banyak dari standar itu yang tidak mungkin diimplementasikan pada praktik sehari-hari (Desselle, 1997). Berdasarkan standar praktik yang dinilai memungkinkan untuk diimplementasi, penelitian lanjutan dilakukan untuk menghasilkan sistem "faktor" atau "domain" sehingga standar ini dapat diklasifikasikan (Desselle and Rappaport, 1995). Domain praktik ini dapat dilihat pada Tabel 1-1. Gambaran paling menonjol dari klasifikasi ini adalah domain "manajemen risiko" yang meliputi aktivitas terkait dengan dokumentasi, pengkajian obat, tingkat prioritas pengobatan, dan penghitungan dosis. Walaupun demikian, kontribusi pengetahuan manajerial tidak berhenti sampai disana. Empat domain lain mengindikasikan keterlibatan farmasis dalam proses manajerial. Dua dari domain itu ("pemasaran jasa" dan "manajemen bisnis") secara khusus disebutkan setelah fungsi manajerial.

■ DARI ASUHAN KEFARMASIAN MENJADI MANAJEMEN TERAPI OBAT

Sementara asuhan kefarmasian menimbulkan kesan mendalam pada profesi farmasis, terminologinya kemudian digantikan oleh bahasa yang lebih kontemporer yang menggambarkan peran farmasis yang terus tumbuh dalam penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat. Dengan mengenali morbiditas dan mortalitas yang diakibatkan oleh kesalahan pengobatan sebagai permasalahan kesehatan masyarakat, profesi farmasis mulai terlibat dengan konsep manajemen terapi obat (*medication therapy management*, MTM). MTM memberikan pendekatan komprehensif dan proaktif untuk membantu pasien dalam memaksimalkan manfaat dari terapi obat dan juga memberikan pelayanan yang bertujuan untuk memfasilitasi atau memperbaiki kepatuhan pasien terhadap terapi obat; mendidik masyarakat, melaksanakan program kesejahteraan masyarakat, dan terlibat secara lebih mendalam pada manajemen dan pemantauan penyakit. Kemajuan MTM terutama diperkuat oleh tulisan pada Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) pada tahun 2003 (Public Law Number 108-173), yang mengharuskan pembayaran untuk pelayanan MTM dan mengemukakan bahwa farmasis sebagai profesi kesehatan praktis yang dapat memberikan pelayanan tersebut. MTM sekarang dianggap sebagai komponen penting dalam penyediaan pelayanan kefarmasian.

■ MITOS-MITOS MENGENAI PENGGABUNGAN PRAKTIK BISNIS DAN KEFARMASIAN

Walaupun banyak bukti yang menunjukkan hal yang bertentangan, kebutuhan akan pentingnya manajemen dalam farmasi sering tidak diperhatikan bahkan diabaikan oleh para mahasiswa farmasi dan praktisi farmasi. Pemahaman umum yang salah mengenai kebutuhan akan pentingnya manajemen dalam farmasi telah didokumentasikan (Tootelian and Gaedeke, 1993, hlm. 23):

- *Praktik kefarmasian secara etika tidak sesuai dengan bisnis yang baik.* Awal mula mitos ini mungkin adalah adanya keterlibatan praktik bisnis yang tidak etis di beberapa organisasi. Skandal mengenai penyalahgunaan oleh eksekutif perusahaan pada suatu perusahaan internasional yang besar pada awal tahun 2000 mengurangi sedikit persepsi ini. Insidens yang melibatkan seorang farmasis di Kansas City, Missouri, dengan mengencerkan obat kemoterapi untuk memperbesar biaya inventori menunjukkan bahwa profesi pelayanan kesehatan tidak lepas dari anggota yang tidak berprinsip (Stafford, 2002). Lebih lanjut lagi, beberapa pihak percaya bahwa perusahaan yang bergerak di bidang penjualan barang dan jasa pelayanan kesehatan harus orang yang memiliki sifat filantropik dan seharusnya kecewa apabila perusahaan mengambil keuntungan dari kebutuhan medis konsumen. Terlepas dari adanya contoh pelaksanaan yang salah, kebanyakan perusahaan dan orang-orang yang bergerak di bidang bisnis memperlakukan diri mereka dengan cara yang layak.
- *Bisnis bukanlah profesi yang diatur oleh standar etika.* Farmasis dan mahasiswa farmasi sadar dan mengerti sejumlah peraturan dan kebijakan mengenai farmasi tetapi kurang sadar terhadap standar yang mengatur praktik periklanan, akuntansi, dan perdagangan antarkota. Kebanyakan peraturan dan regulasi mengenai praktik kefarmasian diambil dari hukum yang sudah ada yang berasal dari luar pelayanan kesehatan.
- *Dalam bisnis, kualitas pelayanan berada di urutan kedua setelah mendapatkan keuntungan.* Kesalahpahaman ini berasal dari besarnya biaya yang dikeluarkan konsumen dan keinginan manajer untuk mengontrol biaya. Fakta yang mendukung adalah pada tahun 2005, pelayanan kesehatan berkontribusi terhadap sekitar 16 persen pendapatan bruto negara dan memakan biaya setidaknya

DOMAIN PRAKTIK ASUHAN KEFARMASIAN**I. Manajemen risiko**

- Merancang sistem pengumpulan data
- Melakukan kajian penggunaan obat secara prospektif
- Mencatat aktivitas dan intervensi sehubungan dengan terapi
- Memiliki riwayat pengobatan over-the-counter (OTC)
- Menghitung dosis untuk obat dengan indeks terapeutik yang sempit
- Melaporkan kejadian obat merugikan kepada FDA
- Memprioritaskan kebutuhan pengobatan pasien untuk tujuan yang tepat
- Mengikuti pertimbangan efek merugikan baru yang belum terdapat dan interaksi obat-obat

II. Pendampingan pasien

- Menjadi pendamping pasien dengan mempertimbangkan hambatan terapi obat pasien dari segi sosial, ekonomi dan psikologi
- Berusaha untuk mengubah permintaan obat dari pasien apabila memiliki hambatan untuk mematuhi
- Memberi pendapat terhadap pengobatan pasien apabila dipertanyakan
- Mendorong kesehatan pasien
- Membangun hubungan baik dengan pasien
- Menghubungi pasien untuk memperoleh permintaan obat agar diambil dan bukan dibawa

III. Manajemen penyakit

- Menyediakan informasi bagi pasien bagaimana mengatasi kondisi penyakitnya
- Memantau kemajuan pasien yang dihasilkan dari farmakoterapi
- Membawa inventori produk yang dibutuhkan pasien untuk melaksanakan rencana terapi (misalnya inhaler, nebulizer, monitor kadar gula darah)
- Menyediakan informasi bagi pasien tentang kelompok pendukung dan kelompok edukasi (contohnya American Diabetes Association, Multiple Sclerosis Society)

IV. Permasalahan jasa asuhan kefarmasian

- Menemui penulis resep yang telah dikenal yang berada di area lokal praktik
- Menjadi anggota atau organisasi profesi yang mendukung konsep asuhan kefarmasian
- Menyediakan area konsultasi pribadi dengan pasien, bila perlu
- Mempersiapkan piranti lunak yang memfasilitas aktivitas farmasis terkait dengan pelayanan pasien

V. Manajemen bisnis

- Menggunakan bantuan asisten apoteker dan staf lain agar farmasis memiliki waktu luang

5000 dolar per orang (Kaiser Family Foundation, 2005), konsumen tidak memiliki pilihan lain kecuali harus menjadi pembeli yang lebih bijaksana dalam memilih pelayanan kesehatan. Karena keterbatasan sumber daya, jumlah pelayanan serta produk yang disediakan untuk konsumen menjadi terbatas. Ketelitian dalam alokasi sumber daya membantu menjamin lebih banyak orang menerima pengobatan dan pelayanan yang tepat pada waktu dan tempat yang sesuai. Kebanyakan orang hanya berpikir bahwa apabila suatu perusahaan bisnis pelayanan kesehatan tidak mampu membayar karyawannya serta biaya-biaya lainnya dalam bisnisnya, tidak ada pilihan kecuali menutup beberapa pintunya, mengesampingkan sejumlah pelayanan yang sebelumnya ditawarkan untuk konsumen. Bahkan perusahaan yang tidak berorientasi pada keuntungan harus membayar tagihan-tagihan juga karena apabila mereka tidak mampu membayar, mereka juga harus menutup perusahaannya. Banyak mahasiswa

akan terkejut karena mengetahui bahwa perusahaan nonprofit pada pelayanan kesehatan berkompetisi sengit dengan perusahaan yang berbasis keuntungan.

- *Farmasis yang baik adalah yang "ahli klinis murni".* Ini mungkin manifestasi dari kesalahpahaman lain, selain dari kebohongan palsu bahwa kompleksitas terapi obat modern tidak memberi waktu yang cukup untuk memperhatikan permasalahan yang lain. Sebaliknya, kurangnya pengetahuan tentang bagaimana mengelola sumber daya dan kurangnya pemahaman bagaimana bekerja dalam sistem pelayanan kesehatan terkini hanya akan menghalangi tujuan farmasis untuk memberi pelayanan MTM. Farmasis yang "tidak mau repot dengan masalah manajemen" menghadapi masalah logistik yang sama dengan semua farmasis lain, seperti formularium, substitusi generik, pemberian izin sebelumnya, jaringan yang terbatas, konflik pegawai dan produktivitas yang rendah, kerusakan piranti lunak dan piranti keras

pada komputer, pembatasan anggaran, dan perubahan kebijakan. Permasalahan dengan farmasis “tidak mau repot dengan masalah manajemen” adalah mereka kurang bekerja secara efisien dalam sistem tersebut, sehingga menjadi frustrasi dan akhirnya secara klinis kurang efektif dibandingkan dengan farmasis yang menerima tantangan ini sebagai bagian dari praktik mereka.

Amerika Serikat mengalami kekurangan farmasis seiring dengan meningkatnya jumlah persepsian obat yang diberikan (Gershon, Cultice, and Knapp, 2000). Pada saat yang bersamaan, profesi farmasi mendapat tekanan yang besar untuk mengurangi kejadian kesalahan pengobatan baik di tingkat institusi maupun di tingkat rawat jalan (Thompson, 2001; Institute of Medicine, 2006). Hal ini menimbulkan beban tambahan bagi farmasis untuk menjadi lebih produktif, efisien, dan bekerja tanpa kesalahan. Produktivitas digambarkan sebagai kemampuan farmasis untuk mengatur alir kerja, teknologi, kualitas dan efisiensi personel pendukung, panggilan telepon, serta permasalahan yang lain yang sering muncul di praktik keseharian.

Lebih lanjut lagi, administrator farmasi memberi penghargaan kepada farmasis yang mampu menjalankan praktik kefarmasian. Lulusan baru sering menempati posisi administratif yang tinggi saat pertama kali masuk kerja (misalnya, manajer departemen farmasi, manajer area, atau koordinator klinis) apabila sudah 2 atau 3 tahun melaksanakan praktik kefarmasian. Bukanlah hal luar biasa jika ada lulusan farmasi meningkat jabatannya hingga posisi administratif tingkat tinggi (contohnya, manajer regional atau distrik atau wakil kepala atau kepala departemen farmasi rumah sakit) setelah 5 atau 10 tahun dari kelulusannya. Farmasis yang berhasil menjalankan praktik kefarmasian dengan baik (yakni dengan meningkatkan volume, mengurangi kesalahan, memberi kepuasan pelanggan, meningkatkan profit, dan mengurangi pergantian pegawai) adalah farmasis yang terbaik untuk mendapatkan promosi.

Hal terakhir yang mesti dipertimbangkan adalah walaupun farmasis tidak mengalami kenaikan posisi administratif, dia tetap memiliki kemampuan untuk “mengatur” praktik saat dia berposisi sebagai seorang farmasis. Farmasis staf di tempat praktik mana pun mengatur asisten apoteker dan pegawai lainnya setiap jam sepanjang hari. Mereka juga mengatur alur kerja di tempatnya serta penggunaan obat oleh pasien. Hal yang terkait erat dengan permasalahan ini adalah mengenai kepuasan kerja seseorang. Tekanan pada farmasis modern sangat tidak terhindarkan. Kepuasan terhadap pekerjaan dan karir sangat penting karena sangat terkait dengan kepuasan hidup (Sumer and Knight, 2001). Kemampuan farmasis untuk mengatur lingkungan kerja mereka memiliki dampak yang signifikan pada kemampuan mereka untuk menghadapi tekanan sehari-hari dalam praktik, meningkatkan kepuasan

dalam bekerja, dan menghilangkan kemungkinan kejenuhan atau hancurnya karir melalui penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

■ PRAKTIK MANAJEMEN YANG BAIK DAN MANAJEMEN TERAPI OBAT— KOMBINASI YANG SEMPURNA

Bukti-bukti mengenai kesuksesan penggunaan konsep manajemen dalam praktik kefarmasian sangat banyak. Serangkaian studi pernah dilakukan untuk menguji penggunaan rencana strategis oleh farmasis baik di komunitas maupun di rumah sakit (Harrison and Bootman, 1994; Harrison and Ortmeier, 1995, 1996). Studi ini menunjukkan bahwa di antara pemilik apotek komunitas, mereka yang sepenuhnya memiliki perencanaan yang strategis mendapat penjualan dan keuntungan yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak atau yang menggunakan secara parsial saja. Apotek yang dimiliki oleh “perencana strategis” juga lebih mungkin untuk memberikan pelayanan yang lebih berharga atau pelayanan klinis dibandingkan dengan apotek yang tidak memiliki “perencana strategis”. Tambahan lagi, administrasi, distribusi, dan performa klinis yang lebih baik di apotek rumah sakit juga terkait dengan keterlibatan direktur dalam proses perencanaan strategis.

Studi yang lain menekankan bahwa dukungan supervisor dan rekan-rekan profesi memberikan dampak positif pada komitmen yang farmasis tunjukkan pada organisasi yang menaunginya, sehingga memperbesar kemungkinan bahwa farmasis tidak akan berhenti dari pekerjaannya (Gaither, 1998b). Studi yang lain menunjukkan bahwa kemampuan pemahaman farmasis untuk mematuhi standar praktik kefarmasian tergantung pada efektivitas supervisor untuk memberikan timbal balik dan fasilitas untuk kepuasan kerja (Desselle and Tipton, 2001). Studi yang sama juga menunjukkan bahwa farmasis yang menganggap diri mereka sebagai “manajer” akan merasa kurang puas dengan pekerjaannya, mengingat kurangnya pengalaman mereka di bidang itu.

Survei terhadap farmasis umumnya menunjukkan bahwa dengan melihat praktik kesehariannya sekarang, mereka berharap untuk lebih mendapatkan pelatihan mengenai manajemen selama pendidikan profesi mereka. Satu studi menunjukkan bahwa orientasi bisnis/kerja adalah ketrampilan yang paling penting dalam implementasi praktik yang berhasil (Speedie, Palumbo, and Leavitt, 1980). Di survei lain menyatakan bahwa kurangnya waktu dan komunikasi yang buruk adalah hambatan utama dalam memberikan jasa pelayanan kefarmasian (Ciancanglini, Waterhouse, and D’Elia, 1994). Ada pula studi yang menyimpulkan bahwa akan sangat berguna bagi farmasis yang berpraktik untuk

mencari pendidikan berkelanjutan di bidang manajemen, sistem dan kebijakan pelayanan kesehatan, dan farmakoterapi (Desselle and Alafaris, 1999). Terdapat argumen bahwa untuk mencapai keberhasilan dalam implementasi jasa MTM, farmasis harus memiliki sumber daya yang memadai, merancang sistem distribusi yang efisien, memilih dan melatih staf pendukung yang memadai, mengembangkan sistem untuk menyebarkan pengetahuan tentang obat-obatan dan teknologi terbaru, serta mendokumentasi dan mengevaluasi efektivitas-biaya pada pelayanan yang diberikan—yang kesemuanya merupakan tugas yang membutuhkan keahlian manajemen (Smith, 1988).

Tabel 1-2 merangkum banyak faktor utama yang memengaruhi pemberian jasa pelayanan kefarmasian dan digunakan untuk menggambarkan secara lebih mendalam sinergi antara pelayanan kefarmasian dan praktik bisnis yang baik. Pertama, komposisi demografi dari populasi pasien telah berubah secara dramatis. Rata-rata usia orang Amerika cenderung untuk terus meningkat, demikian juga usia harapan hidup mereka. Hal ini menyebabkan adanya proporsi yang besar dari pasien yang datang dengan berbagai macam kondisi kesehatan dan regimen terapeutik yang rumit. Walaupun banyak penduduk lansia negara kita yang masih menjalani hidup yang normal serta produktif, kemampuan penglihatan, pendengaran, mobilitas, serta kemampuan mereka untuk menggunakan dan/atau mendapatkan transportasi dengan mudah semakin berkurang. Farmasis harus memiliki tanggung jawab ekstra untuk menangani perawatan pasien seperti ini dan juga mengoordinasi pelayanan untuk mereka. Tambahan lagi, populasi pasien yang farmasis layani menjadi semakin beragam. Seorang manajer apotek yang baik akan memiliki keuntungan dari sensitivitasnya yang tinggi terhadap kebutuhan semua pasien dan usaha untuk menyediakan produk yang menarik bagi populasi spesifik.

Pergeseran komposisi demografi pasien memengaruhi berbagai kepercayaan pasien mengenai penanganan kondisi penyakit dan aturan minum obat mereka serta kepercayaan mereka pada sistem pelayanan kesehatan. Semua pengetahuan klinis dan ilmiah dari seluruh dunia akan sia-sia saja apabila farmasis tidak memiliki pengetahuan dasar mengenai pasien yang mereka layani. Rencana asuhan kefarmasian yang dirancang secara matang serta benar terapinya pun tidak akan bekerja apabila pasien tidak memiliki keyakinan terhadap rekomendasi dari farmasis. Farmasis yang baik adalah farmasis yang mampu menjalin komunikasi dengan baik dengan pasien dan berhasil meyakinkan mereka untuk menaati konsultasi yang telah diberikan oleh farmasis. Pertimbangan lainnya adalah peningkatan sistem pemasaran produk perawatan kesehatan secara langsung kepada konsumen. Hal ini menyebabkan meningkatnya frekuensi pertanyaan dari konsumen mengenai produk-produk tertentu. Farmasis yang baik tidak memberikan jawaban yang meragukan tetapi

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelayanan Produk dan Layanan Farmasi	
Demografi pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan usia • Komposisi etnik pasien • Sistem kepercayaan dan nilai-nilai komasi etnik • Kepercayaan mengenai perilaku dampak obat dan penggunaan obat • Kepercayaan terhadap sistem pelayanan kesehatan • Pemasaran obat yang diresepkan secara langsung pada konsumen
Pembayaran pihak ketiga dan masalah jaminan	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksitas perbedaan kebijakan pembayaran • Formulir dan • Keterbatasan jaringan • Keterbatasan akses untuk beberapa pasien • Kurangnya pengetahuan pasien
Pasar yang kompetitif	<ul style="list-style-type: none"> • Selisih harga yang semakin kecil • Keberagaman jenis penyedia layanan yang menawarkan layanan dan produk
Teknologi	<ul style="list-style-type: none"> • Piranti lunak • Teknologi pemberian obat secara otomatis

justru dapat memprioritaskan permintaan pasien dengan memberikan informasi atau rekomendasi yang tepat.

Tinjauan dari segi manajemen sangat penting saat harus menangani permasalahan terkait pembayaran dari pihak ketiga (misalnya, asuransi swasta, program yang disponsori oleh pemerintah; lihat Bab 16). Tidak seperti negara lain, yang sistem pelayanan kesehatannya menggunakan struktur penggantian biaya dari pembayar tunggal, praktisi di Amerika Serikat harus menghadapi berbagai macam sistem pembayaran, termasuk pasien individu, asuransi swasta, perusahaan, dan jaminan kesehatan pemerintah. Tiap-tiap cara pembayaran berbeda dalam hal formulariumnya (daftar obat yang digunakan), aturan penggantian biaya, dan jaringan apotek yang memiliki kualifikasi untuk menerima sistem pembayaran tersebut. Farmasis yang berorientasi pada manajemen dapat mengidentifikasi cara pembayaran yang memberi kesempatan kepada apotek untuk menyediakan layanan pasien yang berkualitas dan tetap mempertahankan tingkat profit. Farmasis harus menyediakan informasi yang memadai tentang pembayaran kepada pasien, yang sering tidak mengerti tentang kerumitan jaminan kesehatan mereka dan sistem pelayanan kesehatan (Fronstin, 2000). Selain itu, farmasis juga harus pandai mengatur rencana terapi untuk pasien yang membayar langsung, tetapi kemungkinan tidak mendapat layanan dan terapi yang sesuai karena kondisi keuangannya.

Tantangan tambahan yang harus dihadapi oleh apotek dan farmasis adalah penyusutan margin profit. Margin profit apotek adalah kelebihan dari pendapatan setelah dipotong biaya-biaya yang dinyatakan sebagai persentase dari pendapatan totalnya. Bila persentase resep yang dibayar oleh pihak selain pasien meningkat, margin profit akan menurun. Sebagai tambahan pertimbangan dalam menentukan keikutsertaan apotek dalam jaminan kesehatan, farmasis yang berorientasi kepada manajemen harus mencari peluang lain untuk mendapatkan tambahan pendapatan dan mengurangi biaya, seperti penerapan layanan kognitif, penjualan produk-produk suplemen, pembelian dan pemeliharaan inventaris yang efektif, pemasaran yang efektif, dan memiliki personel yang cukup dan tepat sesuai dengan jenis pekerjaan. Hal ini sangat penting berdasarkan fakta bahwa konsumen memiliki lebih banyak pilihan dalam mencari solusi permasalahan kesehatan mereka, mulai dari pilihan nontradisional (misalnya, pengobatan alternatif dan komplementer) hingga pilihan tradisional (contohnya, pasar, toko swalayan, toko obat, dan Internet).

Farmasis yang berorientasi kepada manajemen juga menyediakan piranti lunak dan teknologi pemberian obat secara otomatis, yang dahulu menghabiskan waktu dalam pemberian obat. Jadi, farmasis memiliki lebih banyak waktu luang untuk memberikan pelayanan bagi pasien dan melaksanakan fungsi praktik dan manajemen lainnya.

Adirinya MTM dan kompleksitas legislasi layanan kesehatan memberikan penekanan lebih lanjut pada kebutuhan akan keahlian manajemen praktik di antara farmasis. Selain pengetahuan yang dibutuhkan untuk membantu pasien dalam mengetahui sistem pelayanan kesehatan, farmasis harus mampu untuk memaksimalkan sumber daya manusia, modal, dan teknologi yang efisien untuk melayani pasien, menyediakan jasa, dan mengambil keuntungan dari kesempatan khusus untuk memperoleh penggantian biaya untuk jasa MTM.

■ PENGETAHUAN MANAJERIAL

Walaupun telah dijelaskan seluruhnya dalam bab ini, pemeriksaan lebih formal terhadap pengetahuan manajerial sebaiknya ditekankan pada kegunaannya sebagai alat untuk mengimplementasikan pelayanan kefarmasian secara efektif. Pengetahuan manajerial dirangkum dalam tabel 1-3. Alasan mengapa disebut sebagai *pengetahuan* adalah aplikasinya berasal dari proses analisis ilmiah, hampir sama dengan pengetahuan farmasi lainnya. Pengetahuan mengenai *akuntansi* (lihat Bab 15) meliputi "pencatatan pembukuan", atau melakukan penelusuran catatan transaksi bisnis secara terus menerus, seperti pendapatan penjualan, gaji pegawai, produk yang dibeli dari penyuplai, biaya sewa, dan biaya peralatan. Hal ini seharusnya dilakukan untuk memastikan

Pengetahuan Manajerial	
Akuntansi	<ul style="list-style-type: none"> Mencatat pembukuan Mencatat transaksi finansial Mempersiapkan laporan finansial Mengatur arus kas Menganalisis profitabilitas Menentukan kekuatan dan kelenjahan bisnis Menghitung pajak untuk dibayarkan kepada pemerintah setempat, negara, dan federal
Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> Menentukan kebutuhan finansial Mengidentifikasi sumber modal Membuat biaya operasional Menginvestasikan keuntungan Mengatur aset
Ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> Menentukan perpaduan yang tepat antara tenaga kerja dan modal Menentukan keluaran yang optimal Menentukan jumlah jam kerja operasional yang optimal Menentukan tingkat investasi dalam manajemen risiko
Manajemen Sumber Daya Manusia	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan analisis pekerjaan Merekrut pegawai Memberikan pelatihan dan orientasi untuk pegawai Motivasi personel untuk meningkatkan kinerja Memilih kinerja pegawai Melayanankan penghargaan administratif yang sesuai Memberhentikan pegawai
Pemasaran	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kelebihan kompetitif Mengimplementasikan kelebihan kompetitif Mengidentifikasi target pasar Mengevaluasi strategi promosi Mengimplementasikan strategi promosi Memilih perpaduan produk dagangan yang sesuai Mengatur dan memperdagangkan produk dengan tepat Menentukan harga barang serta jasa
Manajemen Operasional	<ul style="list-style-type: none"> Mendesain alur kerja Mengontrol pembelian dan inventon Melaksanakan insiatif jaminan mutu

bahwa perusahaan mampu memenuhi semua tagihan hutangnya dan mencapai tujuan finansialnya. Akuntansi juga digunakan untuk menentukan jumlah pajak yang harus dibayarkan, untuk membuat laporan kepada agen eksternal dan/atau auditor, dan untuk mengidentifikasi area-area aset perusahaan dapat dikelola secara efisien. Bila akuntansi

digunakan untuk mengevaluasi posisi finansial perusahaan, *finansial* lebih berkaitan dengan sumber dan penggunaan dana (misalnya, Dari mana dana untuk membayar penggunaan pelayanan terbaru dan pelayanan yang sudah ada? Pelayanan apakah yang paling memungkinkan untuk meningkatkan profit apotek?).

Pengetahuan manajerial yang umumnya dikaitkan dengan manajemen keuangan adalah *ekonomi*. Akan tetapi, penggunaan ekonomi lebih penting daripada pertimbangan finansial. Ekonomi adalah alat untuk mengevaluasi masukan dan keluaran dari semua proses. Ekonomi dapat digunakan untuk menentukan kombinasi yang tepat antara personel dan teknologi pemberian obat secara otomatis, jumlah optimal pemberian obat resep yang diberikan oleh staf yang ada sekarang, perlu tidaknya apotek menambah jam operasional, dan seberapa banyak harus melakukan investasi untuk mencegah pencurian. Ekonomi juga dapat digunakan untuk menentukan obat yang paling tepat untuk dimasukkan di dalam formularium atau digabungkan dengan cara yang paling penting.

Manajemen sumber daya manusia (lihat Bab 9) digunakan untuk mengoptimalkan produktivitas semua aset apotek yang paling berharga—yakni karyawan apotek. Ini termasuk menentukan pekerjaan yang perlu dilakukan, merekrut pegawai untuk melakukan pekerjaan tersebut, menyewa orang yang tepat untuk melakukan pekerjaan tersebut, melatih mereka dengan tepat, menghargai kinerja mereka, memberi motivasi kepada mereka, dan memastikan mereka mendapat penghargaan setimpal atas hasil kerjanya. Manajemen SDM juga meliputi permasalahan seperti penentuan program pensiun dan pembagian keuntungan yang sesuai, mengatur hari libur dan kebijakan absen/cuti, membantu perencanaan karir, menjamin keselamatan kerja, serta menaati peraturan dan hukum yang diberlakukan oleh badan regulatori.

Pemasaran mungkin mudah dianggap sama dengan *periklanan* (lihat Bab 20 dan 21). Walaupun demikian, meskipun aktivitas promosi adalah bagian penting dari pemasaran, aktivitasnya meliputi mengidentifikasi kekuatan perusahaan dibandingkan dengan kompetitornya, mengidentifikasi secara tepat basis konsumen untuk mengarahkan strategi pemasaran, melaksanakan gabungan produk dan layanan yang tepat, mengatur produk-produk ini untuk mendapat “penjualan visual” yang tepat, dan menentukan harga produk dan jasa yang tepat. Penentuan harga sangat penting bukan hanya untuk produk, tetapi juga untuk jasa. Inilah momen saat farmasis sering membuat kesalahan ketika menentukan tarif yang tepat untuk jasa atau layanan kognitif. Jasa yang dikenai biaya terlalu rendah tidak menghasilkan profit, bahkan mungkin mengalami rugi, sedangkan tarif jasa yang terlalu tinggi akan membuat konsumen menjauh.

Manajemen operasional (lihat Bab 5) meliputi penentuan kebijakan untuk menjelaskan aktivitas setiap pegawai dalam keseharian, macam-macam alat yang akan mereka gunakan untuk menyelesaikan tugasnya, dan lokasi pekerjaan itu akan dilaksanakan (yakni, desain alur kerja). Manajemen operasional juga memerlukan inventori produk resep dan nonresep yang tepat sehingga, di satu sisi, apotek tidak terlalu sering kehabisan obat yang dibutuhkan pasien, dan di sisi yang lain, tidak ada kelebihan jumlah obat kadaluwarsa yang harus dijual atau sebaliknya menggunakan tempat yang berharga untuk dipergunakan bagi keperluan lain.

■ “PELAKSANAAN EFISIEN”— REEVALUASI SKENARIO

Pembahasan sebelumnya mengenai pengetahuan manajerial, terutama permasalahan desain alur kerja dalam manajemen operasional, mengingatkan kita kembali pada situasi menyangkut Mary Quint. Mahasiswa farmasi yang mempertanyakan signifikansi manajemen dan pentingnya memiliki pandangan manajemen tidak perlu dibahas lebih panjang dalam kasus ini. Mary dihadapkan pada dilema yang mungkin juga dialami oleh banyak mahasiswa farmasi dan praktisi. Mahasiswa yang sudah bekerja di berbagai jenis lingkungan dapat memberikan pendapat bahwa pada beberapa tempat bekerja tampaknya “berjalan baik”. Baik konsumen maupun pekerja bahagia, dan cukup menyenangkan untuk terus bekerja tiap hari. Pada tempat lain, sepertinya selalu ada krisis. Segera setelah bangun tidur di pagi hari, pikiran pertama seorang pegawai apotek adalah ketakutan untuk pergi bekerja pada hari itu. Walaupun tampaknya kedua hal ini contoh yang terlalu sederhana, tempat yang disebutkan terakhir merupakan wujud dari manajemen yang tidak baik, sedangkan tempat yang disebutkan pertama memiliki manajemen yang baik. Variasi yang sangat besar yang terlihat dari satu tempat kerja dengan tempat kerja lain adalah indikasi pentingnya manajemen baik untuk pegawai yang bekerja di tempat tersebut maupun pasien yang harus mereka layani. Sekarang ajukan pertanyaan kepada diri anda sendiri, di tempat manakah anda lebih memilih untuk bekerja, dan dimana menurut anda pasien akan menerima pelayanan yang lebih baik, Middletown North Pharmacy atau Middletown South Pharmacy?

■ KESIMPULAN

Bertentangan dengan kepercayaan populer dalam masyarakat, bisnis yang baik dengan pelayanan pasien yang baik umumnya tidak dapat berdiri sendiri. Bahkan, keduanya sangat bergantung satu sama lain. Pelayanan pasien yang unggul dan implementasi jasa klinis bisa diwujudkan oleh farmasis yang memiliki keahlian manajemen. Farmasis harus menyesuaikan

diri dengan pengaruh dari luar dan dari dalam yang membentuk praktik kefarmasian. Pengetahuan manajerial mengenai akuntansi, keuangan, ekonomi, manajemen SDM, pemasaran, dan manajemen operasional merupakan alat yang tidak dapat diabaikan untuk praktisi sekarang.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apakah Anda bersedia untuk memperpanjang masa kerja atau membuat sedikit pengorbanan dengan bekerja di tempat yang membuat Anda merasa nyaman dalam bekerja? jelaskan?
2. Apa pendapat Anda mengenai peran manajemen dalam praktik kefarmasian?
3. Dapatkah Anda menunjukkan seseorang di posisi manajer yang sangat cakap dalam pekerjaannya? Apakah hal yang membuat dirinya sangat efektif dalam bekerja?
4. Apakah Anda percaya bahwa Anda akan menjadi seorang farmasis yang efektif? Apa yang membuat Anda percaya akan hal itu?
5. Apakah Anda merasa bahwa karir Anda akan menanjak hingga posisi manajer? Kenapa atau kenapa tidak?

REFERENSI

- American Association of Colleges of Pharmacy. 1996. Paper from the Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education: Maintaining our commitment to change. *Am J Pharm Educ* 60:378.
- Bell HM, McElroy JC, Hughes CM. 2000. Societal perspectives on the role of the community pharmacist and community-based pharmaceutical services. *J Soc Admin Pharm* 17:119.
- Belluck P. 2001. Prosecutors say greed drove pharmacist to dilute drugs. *New York Times*, August 18.
- Brodie DC. 1967. Drug-use control: Keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell* 1:63.
- Buerki RA, Vottero LD. 1994. *Ethical Responsibility in Pharmacy Practice*. Madison, WI: American Institute of the History of Pharmacy.
- Broeseke A, Janke KK. 1998. The evolution and revolution of pharmaceutical care. In McCarthy RL (ed), *Introduction to Health Care Delivery: A Primer for Pharmacists*, hlm. 393. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Carmel S, Glick SM. 2001. Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 43:1253.
- Ciancaglini PP, Waterhouse GA, E'Elia RP. 1994. Pharmaceutical care skills evaluation. Paper presented at the American Association of Colleges of Pharmacy Annual Meeting, Albuquerque, NM, July 8.
- Curtiss FR. 1980. Job stress, job satisfaction, anxiety, depression, and life happiness among female versus male pharmacists. *Contemp Pharm Pract* 3:264.
- Desselle SP. 1997. Pharmacists' perceptions of pharmaceutical care practice standards. *J Am Pharm Assoc* NS37:29.
- Desselle SP, Alafiris A. 1999. Changes in pharmacy education sharpen counseling skills. *US Pharmacist* 24:78.
- Desselle SP, Rappaport HM. 1996. Establishing standards of care in the community setting. *J Pharm Care* 1:1.
- Desselle SP, Rappaport HM. 1995. Feasibility and relevance of identified pharmaceutical care practice standards for community pharmacists. Paper presented at the American Association of Pharmaceutical Scientists Annual Meeting, Miami, FL, November 7.
- Desselle SP, Tipton DJ. 2001. Factors contributing to the satisfaction and performance ability of community pharmacists: A path model analysis. *J Soc Admin Pharm* 18:15.
- Fjortoft N, Zgarrick D. 2003. An assessment of pharmacists' caring ability. *J Am Pharm Assoc* 43:483.
- Fronstin P. 2000. Confidence and confusion: The health care system in the United States. *Stat Bull* 81:18.
- Gaither CA. 1998a. Investigation of pharmacists' role stress and the work/nonwork interface. *J Soc Admin Pharm* 15:92.
- Gaither CA. 1998b. Predictive validity of work/career-related attitudes and intentions on pharmacists' turnover behavior. *J Pharm Market Manag* 12:3.
- Gershon SK, Cultice JM, Knapp KK. 2000. How many pharmacists are in our future? The Bureau of Health Professions Projects Supply to 2020. *J Am Pharm Assoc* 40:757.
- Harrison DL, Ortmeier BG. 1995. Levels of independent community pharmacy strategic planning. *J Pharm Market Manag* 11:1.
- Harrison DL, Ortmeier BG. 1996. Predictors of community pharmacy strategic planning. *J Pharm Market Manag* 11:1.
- Harrison DL, Bootman JL. 1994. Strategic planning by institutional pharmacy administrators. *J Pharm Market Manag* 8:73.
- Hepler CD. 1987. The third wave in pharmaceutical education: The clinical movement. *Am J Pharm Educ* 51:369.
- Hepler CD, Strand LM. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47:533.
- Institute of Medicine. 2006. *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Kaiser Family Foundation. 2005. United States spends more per capita than other nations study finds. Tersedia di

- www.kaisernetwork.org_dailyreports; diakses pada 25 April 2007.
- Kunyk D, Olson JK. 2001. Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs* 35:317.
- Latif DA. 2000. Relationship between pharmacy students' locus of control, Machiavellianism, and moral reasoning. *Am J Pharm Educ* 64:33.
- Maine LL, Penna RP. 1996. Pharmaceutical care: An overview. In Knowlton C, Penna R (eds), *Pharmaceutical Care*, p 133. New York: Chapman & Hall.
- Miller MJ, Ortmeier BG. 1995. Factors influencing the delivery of pharmacy services. *Am Pharm NS* 35:39.
- Millis JS. 1975. *Pharmacists for the Future: The Report of the Study Commission on Pharmacy*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Millis JS. 1976. Looking ahead: The Report of the Study Commission on Pharmacy. *Am J Hosp Pharm* 33:134.
- National Association of Chain Drug Stores. 2006. 2006 Foundation Industry Profile. Alexandria, VA: National Association of Chain Drug Stores.
- Pink LA. 1991. Hospitals. In Fincham JE, Wertheimer AI (eds), *Pharmacists and the U.S. Healthcare System*, hlm. 158. Binghamton, NY: Pharmaceutical Products Press.
- Relman AS. 1988. Assessment and accountability: The third revolution in medical care. *N Engl J Med* 319:1220.
- Smith WE. 1988. Excellence in the management of clinical pharmacy services. *Am J Hosp Pharm* 45:319.
- Sonnedecker G. 1963. *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Speedie SM, Palumbo FB, Leavitt DE. 1974. Pharmacists' perceptions of the antecedents of success in pharmacy. *Contemp Pharm Pract* 3:189.
- Stafford M. 2002. Ex-pharmacist gets 30 years for diluting cancer drugs. Associated Press, December 5.
- Sumer HC, Knight PA. 2001. How do people with different attachment styles balance work and family? A personality perspective on work-family linkage. *J Appl Psychol* 86:653.
- Thompson CA. 2001. Health care system needs overhaul, IOM report says. *Am J Health Syst Pharm* 58:556.
- Tootelian DH, Gaedeke RM. 1993. *Essentials of Pharmacy Management*. St. Louis: Mosby.
- Torrens PR. 1993. Historical evolution and overview of health service in the United States. In Williams JS, Torrens PR (eds), *Introduction to Health Services*, 4th ed, p 3. Albany, NY: Delmar.
- Wiederholt JB, Wiederholt PA. 1997. The patient: Our teacher and friend. *Am J Pharm Educ* 61:415.
- Wilkin NE. 1999. Pharmaceutical care: A clinical movement? *Mississippi Pharm* 26:13.

FUNGSI MANAJEMEN

David P. Zgarrick

Tentang Penulis: Dr. Zgarrick merupakan John R. Ellis Distinguished Chair of the Department of Pharmacy Practice dan Professor of Pharmacy Administration di Drake University's College of Pharmacy & Health Sciences. Dr. Zgarrick mendapat gelar sarjana farmasi dari University of Wisconsin serta gelar pascasarjana dan Ph.D dalam bidang administrasi kefarmasian dari The Ohio State University. Beliau memiliki pengalaman baik di lingkungan farmasi mandiri maupun komunitas jaringan farmasi. Dr. Zgarrick mengajar mata kuliah manajemen operasional apotek, perencanaan bisnis untuk layanan profesional, dan evaluasi literatur obat. Penelitian beliau lebih banyak mengenai kompensasi yang diterima farmasis dan permasalahan ketenagakerjaan, pengembangan layanan profesional, dan penggunaan obat berbasis-bukti oleh farmasis.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendefinisikan istilah *manajemen* dan *manajer*. Menjelaskan bagaimana konsep manajemen dapat diterapkan dalam kehidupan keseharian kita.
2. Membandingkan dan membedakan antara *manajemen* dan *kepemimpinan*.
3. Membandingkan dan membedakan antara pandangan klasik dan pandangan modern mengenai manajemen.
4. Menjelaskan proses manajemen dalam konteks hal-hal yang dilakukan manajer, sumber daya yang mereka kelola, dan pada tingkatan mana manajer menjalankan perannya.
5. Mengintegrasikan pandangan modern mengenai manajemen dengan proses manajemen.
6. Menerapkan proses manajemen pada semua aktivitas personal dan profesional.

■ SKENARIO

Krista Connelly adalah mahasiswa farmasi tahun kedua. Seperti kebanyakan mahasiswa tahun kedua lainnya, dia mengilustrasikan kehidupannya sebagai "kondisi yang sangat stres". Kesehariannya meliputi bangun tidur pada pukul 6 pagi, berpakaian, dan keluar rumah pada pukul 7 pagi, kemudian mengemudi ke kampus untuk kuliah pertama pukul 8 (untuk memastikan menghindari kecelakaan di jalan bebas hambatan yang dia dengar pada saat baru saja keluar dari rumah). Saat di kampus, dia masih menyempatkan waktu untuk menikmati secangkir kopi dan kudapan di antara kuliah, praktikum, dan tugas kuliah yang umumnya berakhir pada pukul 4 sore. Dia juga harus bergegas menuju perpustakaan untuk

mempersiapkan tugas berikutnya, dan juga untuk menemui profesornya untuk meninjau kembali hasil ujiannya yang baru saja selesai.

Setelah perkuliahan berakhir pada hari ini, Krista sudah ditunggu pertemuan Academy of Students of Pharmacy (ASP). Krista adalah wakil ketua dalam organisasi tersebut. Sebagai wakil ketua, dia bertanggung jawab untuk bekerja dengan semua anggota dewan komite tersebut. Dalam beberapa minggu terakhir, dia harus bekerja membantu ketua layanan profesional yang baru dalam mengembangkan *brown bag seminar*, membicarakan perihal pengunduran diri ketua pengumpulan dana, dan membuat laporan aktivitas tiap-tiap komite untuk dimasukkan di situs Web. Walaupun Krista sangat menikmati peran kepemimpinannya di ASP, dia mendapati beberapa orang yang bekerja dengannya sangat membuat frustrasi dan berpikir bagaimana dia dapat memotivasi mereka untuk melaksanakan tugasnya dengan lebih baik.

Setelah pertemuan tersebut, Krista menuju ke suatu restoran cepat saji untuk makan malam dalam perjalanannya menuju tempat kerjanya sebagai asisten apoteker paruh-waktu. Apabila dia tidak sedang bekerja, dia akan menuju ke rumah temannya untuk belajar ujian yang akan datang. Dia biasanya baru kembali ke apartemennya sekitar pukul 10 malam dan mempersiapkan diri hal-hal yang akan dilakukannya pada esok harinya. Dia mungkin akan melihat TV sejenak sebelum akhirnya beristirahat pada saat tengah malam.

Pada akhir minggu, Krista menjalani apa yang biasanya disebut "aktivitas hidup sehari-hari". Dia akan mencuci bajunya, membayar tagihan-tagihannya, bermain Internet, menghubungi orangtua dan temannya di kampung halaman, dan berkumpul bersama teman-teman pada malam minggu. Ketika Krista dan teman-temannya (yang kebanyakan juga mahasiswa farmasi) pergi berjalan-jalan, mereka sering membicarakan mengenai rencana mereka di masa mendatang setelah lulus dari sekolah farmasi. Mereka membicarakan tentang bagaimana menariknya bisa memberikan konsultasi kepada pasien, bekerja sama dengan profesi kesehatan yang lain, dan mendapat gaji yang tinggi yang mereka sudah dengar selama ini. Tidak ada dari mereka yang mau menjadi manajer apotek. "Manajer apotek di tempat aku bekerja selalu bermasalah karena ia sering datang terlambat atau harus menyesuaikan waktu kerjaku di antara jadwal ujianku", ujar Krista. "Aku tidak melihat dengan menjadi manajer dapat membantuku melakukan hal yang aku inginkan sebagai farmasis."

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Mengapa seluruh farmasis harus dianggap sebagai manajer terlepas dari gelar atau posisi mereka?
2. Mengapa mahasiswa farmasi harus mempelajari manajemen?
3. Apakah perbedaan antara manajemen dan kepemimpinan?
4. Bagaimana manajemen memengaruhi setiap aspek dalam kehidupan kita sehari-hari?
5. Apakah pendekatan yang sama terhadap manajemen cukup efektif untuk semua jenis situasi yang dihadapi oleh farmasis?

■ APAKAH YANG DISEBUT MANAJEMEN?

Untuk kebanyakan orang, berbagai macam gambaran muncul dalam pikiran saat mereka mendengar istilah *manajemen*. Yang pertama dan utama dalam pemikiran mereka adalah seseorang (atau sekelompok orang) yang menjadi "bos" yang menerima laporan dari semua staf bawahannya. Ketika beberapa orang memandang hubungannya dengan manajemen dalam konteks positif, banyak dari kita yang justru tidak memandangnya dari segi tersebut. Inilah yang menyebabkan ketika Anda bertanya kepada orang apa yang mereka pikirkan tentang manajemen, mereka sering memberikan pandangan dan pengalaman negatif mereka. Tanyakan kepada mahasiswa farmasi apa pendapat mereka tentang meneruskan karir di bidang manajemen farmasi, dan Anda kemungkinan besar akan mendapat jawaban yang serupa dengan yang diberikan oleh Krista Connelly dan teman-temannya dalam skenario ini.

Hal yang bijaksana mungkin dapat dilakukan adalah untuk mulai melihat lebih mendalam pada istilah *manajemen* (*management*). Asal kata tersebut adalah *manage*, yang menurut *Webster's Dictionary* adalah suatu kata yang bermakna "untuk mengontrol pergerakan atau perilaku dari, untuk memimpin atau mengarahkan, atau untuk menjadi sukses dalam penyelesaian" (Allee, 1990). Pikirkan bagaimana definisi ini dapat berlaku ke dalam kehidupan sehari-hari. Apakah anda pernah mengontrol pergerakan atau perilaku seseorang atau sesuatu (meskipun itu merupakan diri anda sendiri)? Apakah anda pernah berhasil dalam menyelesaikan suatu tugas (walaupun hanya dengan datang tepat waktu pada saat ujian)?

Menurut Tootelian dan Gaedeke (1993), *manajemen* adalah "suatu proses terjadi pengumpulan dan penyatuan sejumlah sumber daya sedemikian sehingga tercapai tujuan atau sasaran dengan cara yang paling efektif." Berkebalikan dengan kebanyakan kepercayaan orang, manajemen adalah suatu *proses*, yang merupakan suatu metode dalam mengerjakan sesuatu. Proses-proses itu digunakan untuk melakukan tugas sehari-hari yang mudah (misalnya, mengayunkan tongkat golf atau mengemudi ke sekolah) dan juga tugas teknis farmasi yang lebih kompleks (contohnya, menyewa asisten apoteker atau menghitung dosis obat aminoglikosida). Orang-

orang melaksanakan proses karena mereka ingin mencapai tujuan atau sasaran. Tujuan dan sasaran dapat berupa personal (misalnya, skor golf yang rendah atau berangkat ke sekolah tepat waktu) atau profesional (misalnya, apotek yang beroperasi dengan mulus atau pelayanan pasien yang berkualitas tinggi). Karena proses membutuhkan sumber daya, dan jumlah sumber dayanya terbatas (tidak tersedia dalam suplai yang banyak), sumber daya sangat penting digunakan sedemikian rupa sehingga dapat mencapai tujuan dan sasaran dengan cara yang paling efektif. Seseorang dapat mencapai tujuannya, yakni sampai sekolah tepat waktu dengan mengendarai mobil dengan kecepatan 90 mil per jam, sementara orang lain dapat mengatakan bahwa proses tersebut mencerminkan penggunaan sumber daya sopir yang tidak efisien terutama apabila ada belokan tajam di jalan atau ada petugas polisi yang menunggu di pojok jalan.

Manajer adalah seseorang yang menjalankan aktivitas manajemen. Apabila kita mengira bahwa “bos” dan mereka yang memiliki jabatan tinggi administratif dalam organisasi adalah manajer, ternyata faktanya siapa saja yang memiliki tugas yang harus diselesaikan atau harus dicapai tujuan atau sasarannya adalah seorang manajer juga. Mahasiswa farmasi, dan farmasis yang mengatakan bahwa mereka tidak mau menjadi manajer mungkin tidak menyukai otoritas dan tanggung jawab karena posisi administratifnya, tetapi tidak dapat dipungkiri mereka harus menggunakan sumber daya yang dimiliki secara efisien untuk melaksanakan tugas-tugas yang terkait dengan pekerjaan mereka. Jadi, semua farmasis, terlepas dari tanggung jawab kerja atau posisinya, mereka seharusnya melihat diri sendiri sebagai seorang manajer.

Istilah lain yang umum digunakan ketika membicarakan manajemen adalah *kepemimpinan*. Beberapa orang menggunakan istilah ini sering tertukar untuk menerangkan karakteristik yang diharapkan oleh orang yang berarti “berkuasa” dalam suatu organisasi, tetapi kepemimpinan adalah keahlian yang sangat berbeda dengan *manajemen*. Kepemimpinan meliputi kemampuan untuk menginspirasi atau mengarahkan orang lain. Sayangnya ketika seharusnya seluruh manajer juga memiliki jiwa kepemimpinan, mereka umumnya tidak saling membantu antarsesama.

■ PANDANGAN KLASIK DAN MODERN MENGENAI MANAJEMEN

Manajemen dan manajer telah menjadi bagian dari kita sejak manusia memiliki tugas untuk mengerjakan dan mencapai tujuan untuk diselesaikan (misalnya, mengumpulkan makanan atau menemukan tempat tinggal), tetapi studi manajemen sebagai ilmu pengetahuan dan kurikulum akademis ternyata masih relatif baru. Sebelum terjadinya revolusi industri pada abad ke-18 dan ke-19, kebanyakan

orang tinggal dan bekerja sendiri atau dalam kelompok kecil. Walaupun orang pada saat itu memiliki tujuan dan target yang harus diselesaikan secara efisien, hanya sedikit studi mengenai cara terbaik untuk mencapainya. Kemajuan dalam revolusi industri telah menyatukan ratusan dan ribuan kelompok orang yang memiliki target yang sama. Agar sekelompok besar orang tersebut dapat bekerja sama dengan efektif, industrialis dan akademisi membuat sistem dan hierarki yang memudahkan organisasi industri yang besar untuk mencapai tujuannya (terutama yang terkait dengan pertumbuhan dan profit).

Sekitar awal abad ke-20, industrialis asal Amerika serta insinyur asal Prancis memublikasikan hasil pengamatan yang kemudian dikenal sebagai teori manajemen *klasik*, manajemen *administratif*, dan *sekolah* manajemen. F.W Taylor, seorang eksekutif Bethlehem Steel, memublikasikan *The Principles of Scientific Management* pada tahun 1911. Beliau adalah salah satu pendukung pertama yang menerapkan prinsip ilmiah dalam manajemen di tempat kerja. Henri Fayol, seorang insinyur pertambangan asal Prancis dan eksekutif perusahaan, memublikasikan *Administration Industrielle et Generale* pada tahun 1916. Baik Taylor maupun Fayol mengatakan bahwa semua organisasi, terlepas dari besar ataupun targetnya, harus melakukan suatu set fungsi standar untuk dapat beroperasi secara efisien. Lima fungsi manajemen dari Fayol (yakni, meramal dan merencanakan, mengorganisasi, memimpin, mengoordinasi, dan mengontrol) diterima secara luas dalam dunia industri. Lima fungsi manajemen dari Fayol dan juga 14 prinsip desain organisasi (Tabel 2-1) masih digunakan oleh para manajer saat ini. Sebagai contoh, dalam skenario disebutkan bahwa Krista Connelly memiliki tanggung jawab untuk bekerja dengan anggota dewan komite ASP, dia tidak dapat menjalankan tanggung jawabnya secara efektif kecuali posisinya menjamin adanya otoritas yang juga diakui oleh anggota dewan komite. Bab 8 menyediakan lebih banyak penjelasan mengenai prinsip desain organisasi menurut Fayol.

Kebanyakan hasil kerja Taylor dan Fayol dikembangkan berdasarkan kondisi tempat kerja pada abad ke-18, ke-19 dan awal abad ke-20. Industri-industri besar pada saat itu berfokus terutama pada produksi masal barang-barang nyata. Hanya sedikit orang yang dididik melebihi sekolah dasar. Beberapa orang yang mendapat pendidikan lebih tinggi (hampir seluruhnya pria) umumnya diberi jabatan administratif. Mereka diberi tugas mengawasi sejumlah besar pekerja di lini produksi yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Pada hierarki ini, peran administrator umumnya adalah untuk memimpin dan mengontrol pekerjaanya, dan peran pekerja adalah melaksanakan tugas yang diberikan tanpa bertanya.

Pada sisi yang lain, tenaga kerja serta lapangan kerja pada akhir abad ke-20 dan awal abad ke-21 telah berubah menjadi sesuatu yang sangat berbeda. Berdasarkan U.S Bureau of

Teori Manajemen Klasik (Fayol)

Lima fungsi manajemen menurut Fayol:

1. Meramal dan merencanakan
2. Mengorganisasi
3. Memimpin
4. Mengkoordinasi
5. Mengontrol

14 prinsip desain organisasi dan administrasi yang efektif menurut Fayol:

- *Spesialisasi/divisi pekerja*: Orang-orang harus menjalankan tugas sesuai dengan keahliannya. Tidak ada seorang pun yang diharapkan dapat menjalankan semua tugas organisasi.
- *Otoritas dengan tanggung jawab yang menyertai*: Seseorang dengan tanggung jawab juga memiliki otoritas yang cukup dalam organisasi untuk memastikan bahwa tugas telah terlaksana.
- *Disiplin*: Orang harus mengikuti aturan, dengan disertai konsekuensi bagi yang tidak mengikuti aturan tersebut.
- *Kesatuan pimpinan*: Organisasi memiliki administrator yang dikenal memiliki otoritas tertinggi (e.g. CEO atau presiden).
- *Kesatuan arah*: Organisasi memiliki arah atau visi yang dikenal oleh semua anggotanya.
- *Mementingkan kepentingan umum di atas kepentingan pribadi*: Tujuan organisasi melebihi tujuan seluruh individu dalam organisasi.
- *Penghargaan terhadap staf*: Pegawai seharusnya dibayar sesuai dengan keahlian mereka dan tingkat tanggung jawabnya.
- *Sentralisasi*: Menjalankan tugas yang serupa pada satu lokasi lebih efektif dibandingkan dengan menjalankan tugas tersebut pada lokasi yang berbeda.
- *Garis otoritas*: Tiap pegawai memiliki satu, dan hanya satu supervisor langsung.
- *Perintah*: Tugas harus dilaksanakan dengan sistematis.
- *Kesamaan*: Supervisor hendaknya memperlakukan pegawai dengan adil.
- *Stabilitas kepemilikan*: Keuntungan sebaiknya diberikan kepada pegawai yang telah lama bekerja di organisasi.
- *Inisiatif*: Organisasi dan pegawai menjadi lebih efektif saat mereka proaktif bukan reaktif.
- *Solidaritas*: Kerjasama tim, harmoni.

Labor Statistics (2007), lebih dari lima kali lipat jumlah orang yang terlibat dalam penyediaan jasa dibandingkan dengan yang berada di produksi barang-barang nyata. Tenaga kerja saat ini lebih bagus tingkat pendidikannya dan lebih memiliki keahlian dibandingkan tenaga kerja di masa lalu. Dalam banyak hal, administrator pada saat ini tingkat pendidikan dan keahliannya lebih rendah dibandingkan dengan orang yang mereka awasi.

Kecenderungan ini menimbulkan pertanyaan mengenai relevansi teori manajemen klasik pada dunia saat ini yang sangat berubah dengan cepat. Jika berjalan pada lorong bagian "Bisnis" di toko buku mana saja dan anda akan temukan ratusan literatur dari "guru - guru" manajemen seperti Covey, Drucker, Peters, dan banyak lagi yang membahas mengenai teknik manajemen modern dan menawarkan "bantuan" nasehat tentang bagaimana menghadapi permasalahan sehari-hari di tempat kerja. Para peneliti menggunakan metode ilmiah dalam studi manajemen dan memublikasikan hasil mereka dalam jurnal pendidikan, mirip dengan yang kita lihat di farmasi dan kedokteran. Buku-buku dan penelitian-penelitian riset ini memberikan kontribusi yang penting bagi pengetahuan manajemen, karena menyediakan kebutuhan penggunaan sumber daya terbatas secara kontinu untuk mencapai tujuan dan target dalam iklim bisnis yang

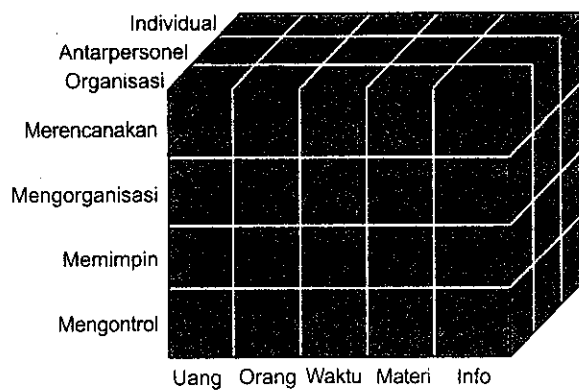
senantiasa berubah. Walaupun demikian, sebagaimana akan didiskusikan selanjutnya, teori manajemen klasik masih digunakan di bidang farmasi saat ini, dan juga dalam kehidupan kita sendiri.

■ PROSES MANAJEMEN

Gambar 2-1 menjelaskan satu cara fungsi manajemen dari Fayol dapat diadaptasi untuk menjelaskan apa yang dilakukan manajer dalam kesehariannya saat ini. Terdapat tiga dimensi manajemen: (1) aktivitas yang dilakukan manajer, (2) sumber daya yang dibutuhkan oleh manajer, dan (3) tingkatan saat manajer mengambil keputusan. Setiap tindakan yang diambil oleh manajer melibatkan sedikitnya salah satu aspek dari ketiga dimensi manajemen.

Aktivitas Manajemen

Lima fungsi manajemen Fayol telah diadaptasi untuk menjelaskan empat aktivitas yang dilakukan oleh semua manajer. Apabila manajer yang menempati posisi administratif dalam organisasinya memiliki cara formal untuk menjalankan aktivitas ini (dan kemudian dievaluasi berdasarkan kemampuan mereka untuk menyelesaikannya), seluruh manajer (yang berarti kita semua!) melaksanakan aktivitas



Gambar 2-1. Proses manajemen.

ini setiap hari, tidak peduli apakah kita memikirkannya atau tidak.

Aktivitas pertama dari empat aktivitas adalah perencanaan. *Perencanaan* menentukan di awal sejumlah aksi sesuai dengan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai. Manajer harus mempertimbangkan banyak faktor saat merencanakan, termasuk lingkungan internal dan eksternal mereka. Kepala farmasis dalam apotek komunitas atau seorang direktur instalasi farmasi rumah sakit akan membuat rencana untuk menentukan lebih dulu obat yang akan dia berikan atau layanan profesional yang akan dia tawarkan. Beberapa farmasis bahkan akan bertindak lebih jauh untuk mengembangkan strategi formal dan rencana bisnis untuk apotek mereka (lihat Bab 5, 6, dan 24-27). Di pihak lain, perencanaan juga dapat menjadi sangat informal. Semua orang yang pergi bekerja atau sekolah di pagi hari membuat rencana tentang bagaimana mereka akan tiba di tempat tujuan (maksudnya, Jam berapa saya harus sampai di sana? Apa transportasi yang harus saya gunakan? Rute mana yang harus saya pilih?).

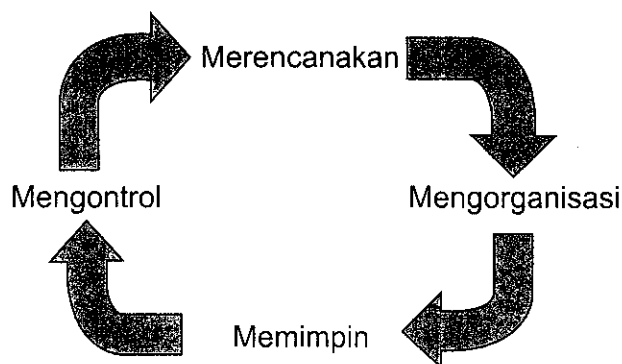
Aktivitas manajemen selanjutnya adalah pengorganisasian. *Pengorganisasian* berarti pengaturan dan hubungan antara aktivitas dan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan atau sasaran secara efektif. Ketika farmasis menentukan obat atau layanan yang akan dia tawarkan, dia harus bertanya kepada dirinya sendiri *apa* sumber daya yang dia perlukan untuk melaksanakannya, *bagaimana* dia akan memperoleh sumber daya tersebut, dan kemudian menentukan *kapan* dia akan membutuhkan sumber daya tersebut. Saat seseorang yang akan pergi ke sekolah atau bekerja memiliki rencana, dia harus berpikir apa lagi yang dia butuhkan untuk dapat mencapai tujuannya (misalnya, mengecek laporan lalu lintas serta cuaca, mengisi bahan bakar mobilnya, menitipkan anak-anak di tempat penitipan anak, dan lain sebagainya).

Tahap selanjutnya adalah *memimpin* atau *mengarahkan* langkah. Langkah ini mengombinasikan langkah-langkah memimpin dan mengoordinasi dari Fayol untuk memberikan

penjelasan yang lebih baik tentang hal-hal yang sebenarnya dilakukan manajer dalam kesehariannya saat ini. Tindakan memimpin atau mengarahkan melibatkan tindakan keputusan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Tindakan tersebut dapat berupa tindakan nyata yang Anda lakukan sendiri (seseorang yang pergi bekerja atau ke sekolah harus bangun pagi kemudian berangkat) atau bekerja dengan orang lain untuk memimpin mereka ke arah yang Anda inginkan dalam organisasi Anda berada. Seorang farmasis pada akhirnya akan menawarkan barang dan jasa sesuai dengan rencananya, tetapi hampir pasti bahwa dia akan bekerja dengan sejumlah orang lain dalam organisasinya untuk mencapai tujuan tersebut. Dalam skenario ini, Krista Connelly, dalam peranannya sebagai wakil ketua ASP, bertanggung jawab untuk memastikan bahwa komitennya bekerja secara efektif untuk mencapai sasarannya. Bekerja dengan orang lain membutuhkan keahlian kepemimpinan, yang akan didiskusikan di bab 14.

Langkah keempat adalah mengontrol atau mengevaluasi langkah. *Kontrol* atau *evaluasi* melibatkan peninjauan ulang terhadap kemajuan yang telah dibuat dari tujuan yang sudah ditentukan dalam rencana. Langkah ini melibatkan tidak hanya penentuan *apa* yang sebenarnya terjadi, tetapi juga *mengapa* hal itu terjadi. Pelaksanaan pemeriksaan kontrol-kualitas merupakan fungsi farmasi praktis yang sangat penting yang membantu memastikan bahwa pasien menerima pengobatan yang sesuai dengan cara yang benar. Farmasis juga dapat bertanya kepada diri mereka sendiri apakah barang atau jasa yang mereka tawarkan sesuai dengan sasaran mereka. Sasaran ini dapat berasal dari pandangan pasien mereka (misalnya, Apakah barang dan jasa menghasilkan pelayanan pasien yang berkualitas atau memperbaiki hasil klinis?), dan juga dari pandangan lain (misalnya, Apakah layanan meningkatkan kepuasan kerja farmasis? Apakah hal itu meningkatkan profit apotek atau organisasi?). Seseorang yang akan pergi bekerja atau sekolah tidak hanya harus bertanya kepada dirinya sendiri apakah dia akan tiba tepat waktu, tetapi juga harus tahu mengapa dia datang atau tidak datang tepat waktu (misalnya, terjadi kecelakaan lalu lintas di jalan tol, mematikan alarm untuk yang ketiga kalinya sebelum bangun tidur, dll.). Bab 9 dan bab 28 membahas beberapa metode yang digunakan farmasis untuk membantu memastikan kualitas operasional mereka dan mengurangi terjadinya kesalahan pengobatan.

Aktivitas manajemen harus dilakukan sesuai dengan urutan, dimulai dengan langkah perencanaan. Aktivitas itu juga harus berupa siklus, yang berarti bahwa apa yang dipelajari oleh seorang manajer dalam langkah kontrol dan evaluasi harus dimasukkan juga ke dalam langkah perencanaan selanjutnya untuk pencapaian sasaran (Gbr. 2-2). Sebagai contoh, apabila seorang mahasiswa farmasi mendapat nilai yang tidak sesuai dengan targetnya dalam ujian, dia harus mempelajari kesalahannya di langkah evaluasi (misalnya,



Gambar 2-2. Siklus aktivitas manajemen.

pertanyaan apa yang tidak dia jawab dengan benar, waktu belajar yang kurang, dll.) untuk membantunya merencanakan ujian selanjutnya.

Sumber Daya yang Dikelola

Terlepas dari jabatan atau posisi dalam organisasi, manajer harus dapat menggunakan sumber daya untuk mencapai tujuan dan sasarannya. Harus diingat bahwa sumber daya sifatnya terbatas, yang berarti bahwa mereka tidak tersedia dalam jumlah yang tidak terbatas. Baik secara organisasi maupun individu harus dapat menggunakan sumber daya secara efisien untuk mencapai tujuan dan sasarannya.

Sumber daya pertama yang harus dipikirkan manajer adalah uang. Konsumen umumnya membayar sejumlah uang kepada apotek atau farmasis sebagai imbalan atas barang dan jasa yang diterima. Pengusaha umumnya membayar pegawai sebagai imbalan atas jasa yang mereka berikan kepada perusahaan. Pengaturan uang sangat penting bagi individu maupun organisasi, dan beberapa bab di buku ini menjelaskan bagaimana apotek dan farmasis mengatur uang dan menggunakan informasi ekonomi untuk membuat keputusan (lihat Bab 15-19). Banyaknya jumlah uang yang masuk atau yang dihasilkan dari uang tersebut merupakan penanda yang penting dari kesuksesan organisasi atau individu. Walaupun demikian, kebanyakan manajer menghargai uang karena kemampuannya untuk memperoleh sumber daya tambahan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang lain.

Sumber daya lain yang penting bagi manajer adalah personel. Dalam praktik kefarmasian, hampir tidak ada orang yang bisa melakukan semuanya sendiri, terlepas bagaimana kondisi praktiknya. Farmasis harus bekerja dengan pegawai lain di apoteknya, profesional layanan kesehatan lainnya, dan terutama pasien dan konsumen yang mereka layani. Karena

topik ini penting, seluruh bagian buku ini (Bab 8-14) berisi mengenai manajemen sumber daya manusia.

Berapa kali Anda mendengarkan seseorang berkata, "Saya dapat menyelesaikannya jika saja saya punya lebih banyak waktu"? Di antara semua sumber daya yang dimiliki oleh seorang manajer, waktu merupakan suatu hal yang paling terbatas. Seperti yang kita ketahui, hanya ada 24 jam dalam sehari! Manajemen waktu sangat penting untuk farmasis yang sibuk saat ini, dan juga penting untuk kebanyakan orang. Dalam skenario ini, Krista Connelly adalah contoh mahasiswa farmasi yang dapat mengambil keuntungan dari manajemen waktu dan manajemen stres. Bab 13 dan 14 berisi tentang manajemen waktu, manajemen stres, dan keahlian organisasi yang dapat membantu anda memanfaatkan sumber daya dengan sebaik-baiknya.

Saat kebanyakan orang berpikir mengenai apotek, mereka masih berpikir bahwa seorang farmasis berdiri di belakang meja meracik produk obat dan membuat resep. Walaupun praktik kefarmasian berubah orientasi dari produk menuju ke orientasi pasien, pengaturan sumber daya material masih merupakan fungsi yang sangat penting dalam apotek. Apotek komunitas membuat 3,4 miliar resep pada tahun 2005, peningkatan hampir sebesar 70 persen selama satu dasawarsa terakhir (NACDS, 2006). Biaya dari produk obat ini, dan juga biaya peralatan dan persediaan yang dibutuhkan untuk menyerahkannya kepada pasien dengan aman dan dengan efisien, juga semakin meningkat dalam semua kondisi praktik. Seperti kebanyakan orang yang mendata kebutuhan dan persediaan barang mereka (contohnya, makanan, pakaian, peralatan rumah tangga, dll.) sebelum pergi berbelanja, farmasis juga harus mendata sebelum membeli produk obat, peralatan, dan persediaan. Bab 7, 22, dan 23 berisi bantuan kepada pembaca untuk belajar lebih banyak mengenai mengelola sumber daya material.

Apabila abad ke-18 dan abad ke-19 dikenal sebagai saat terjadinya revolusi industri, abad ke-21 akan dikenal sebagai era informasi. Kemajuan di bidang komputer dan Internet pada akhir abad ke-20 menghasilkan ledakan informasi yang dapat diakses hanya dengan ujung jari seseorang. Hal ini telah menimbulkan dampak yang sangat besar bagi praktik kefarmasian sehingga membuat farmasis memiliki banyak informasi mengenai obat dan pasien yang tidak mereka miliki sebelumnya beberapa tahun lalu. Walaupun belum jelas implikasi yang ditimbulkan oleh era ini untuk praktik kefarmasian di masa mendatang, manajemen informasi sangat penting bagi seorang farmasis. Bab 8 berisi gambaran teknologi yang digunakan oleh farmasis untuk mengatur informasi, dan juga pandangan tentang peranan manajemen informasi dalam praktik kefarmasian di masa mendatang.

Tingkatan Manajemen

Saat manajer melaksanakan aktivitas manajemen, mereka dapat melakukannya dalam beberapa tingkatan dengan berbagai tujuan yang berbeda. Ketika banyak orang berpikir bahwa aktivitas manajemen hanya terjadi pada tingkatan perusahaan atau organisasi, ternyata aktivitas manajemen lebih sering terjadi pada tingkatan yang lebih rendah.

Tidak ada satu orang pun yang telah membaca buku ini yang tidak menjalankan aktivitas manajemen-diri. Fakta bahwa Anda seorang mahasiswa farmasi atau farmasis sudah cukup memberikan bukti bahwa Anda telah melaksanakan serangkaian aktivitas manajemen Anda sendiri untuk dapat mencapai tingkatan seperti sekarang. Manajemen-diri merupakan tingkatan manajemen yang paling sering terjadi, karena tiap keputusan yang kita buat setiap hari (baik profesi maupun personal) membutuhkan manajemen-diri. Sebagai contoh, farmasis harus memprioritaskan dan mengatur waktu mereka secara efisien sehingga mereka dapat menyelesaikan sejumlah tugas, mulai dari memastikan bahwa setiap resep diserahkan dengan akurat hingga memastikan bahwa mereka masih memiliki waktu untuk memberi konsultasi kepada pasien.

Sehubungan dengan manajemen-diri, tingkatan yang paling sering dilaksanakan oleh manajer adalah tingkatan antarpersonal. Manajemen antarpersonal terjadi antara manajer dan orang lain. Di dalam apotek, manajemen ini melibatkan seorang farmasis memberikan konsultasi kepada pasien mengenai pengobatan yang dia jalani atau memberikan pelatihan seorang asisten apoteker/teknisi farmasis untuk mengajukan klaim kepada pembayar pihak ketiga. Kehidupan personal kita penuh dengan hubungan antarpersonal, termasuk dengan orang tua, saudara, pasangan, anak-anak, teman-teman kita, dan lain-lain.

Tingkatan manajemen yang cukup jarang terjadi adalah manajemen organisasi. Hal ini melibatkan tindakan yang memengaruhi sekelompok orang. Kami sering berpikir bahwa hal ini terjadi di tempat kerja, terutama saat farmasis harus membuat kebijakan atau membuat keputusan yang memengaruhi banyak orang di apotek. Administrator tingkat tinggi dalam organisasi yang besar (misalnya, apotek jaringan, rumah sakit, dsb.) sering membuat keputusan yang memengaruhi banyak orang di organisasi. Perlu diingat bahwa seseorang yang memiliki jabatan administratif bukanlah satu-satunya orang yang menjalankan manajemen organisasi. Setiap orang yang pernah membuat "keputusan eksekutif" dalam kelompok teman sekelas yang sedang belajar untuk ujian atau menentukan pergi untuk makan siang memiliki hubungan dengan jenis keputusan tingkat organisasi yang dibuat oleh seorang pimpinan perusahaan setiap harinya.

■ INTEGRASI PANDANGAN MANAJEMEN KLASIK DAN MODERN

Sebagian besar hal-hal yang dijelaskan oleh Taylor dan Fayol pada awal abad ke-20 masih diaplikasikan oleh manajer saat ini pada semua tingkatan administrasi pada semua jenis organisasi. Walaupun demikian, banyak hal yang sudah berubah, baik dalam praktek kefarmasian maupun tempat kerja selama waktu itu, dan pengetahuan manajemen juga semakin bertambah untuk menyesuaikan dengan perubahan tersebut.

Seratus tahun yang lalu, hubungan antara administrator dan pekerja masih sangat hierarkis. Otoritas dari administrator umumnya tidak pernah dipertanyakan, dan pekerja hanya menjalankan tugas-tugas yang diperintahkan kepadanya. Di tempat kerja saat ini, hubungan di antara keduanya berubah menjadi lebih ke arah rekanan. Walaupun administrator masih bertanggung jawab untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi, para pekerja umumnya berharap untuk bisa memberi masukan tentang bagaimana tujuan dan sasaran tersebut akan dicapai dan juga berharap untuk mendapat bagian dari penghargaan saat tujuan tersebut tercapai.

Organisasi layanan kesehatan seperti rumah sakit dan apotek memiliki sejumlah tantangan manajerial bagi para administrator. Tidak seperti pekerja pada zaman Taylor dan Fayol, kebanyakan pekerja layanan kesehatan memiliki tingkatan pendidikan serta keahlian yang tinggi. Kecenderungan untuk adanya spesialisasi di antara profesi layanan kesehatan sering menciptakan situasi dengan pekerja layanan kesehatan memiliki lebih banyak pengetahuan dan keahlian di bidang yang mereka kerjakan dibandingkan dengan para administrator. Seperti yang Anda dapat bayangkan, administrator profesional layanan kesehatan yang berusaha menggunakan otoritasnya untuk memerintah dan mengontrol pekerjaannya akan mengetahui bahwa cara tersebut tidak efektif untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi.

Pandangan modern mengenai manajemen menyarankan bahwa manajer harus mengadaptasikan aktivitas manajemen-nya pada pekerja mereka. Fungsi-fungsi ini umumnya terjadi selain dari fungsi manajemen klasik. Menurut Nelson and Economy (2003), manajer saat ini harus dapat:

- *Membangkitkan energi.* Manajer saat ini harus memiliki visi mengenai hal-hal yang mereka ingin ciptakan dan energi yang diperlukan untuk mencapainya. Ketika Anda membayangkan manajer yang baik yang anda pernah bekerja bersamanya di waktu lampau, mereka mungkin bukan jenis orang yang ingin melakukan hal yang sama

untuk seluruh hidupnya. Mereka umumnya memiliki ide mengenai berbagai hal yang ingin mereka lihat terjadi dalam organisasi mereka di masa mendatang dan energi untuk menarik orang lain untuk bergabung. Mereka selalu berusaha mengambil tindakan terbaik dalam menghadapi situasi yang sering dipenuhi dengan ketegangan, terutama saat jumlah sumber daya yang tersedia kurang dari jumlah yang dibutuhkan. Di apotek masa ini, manajer yang baik adalah farmasis yang menginginkan profesinya untuk maju dengan mengembangkan layanan profesional yang baru dan kesempatan untuk menyediakan asuhan kefarmasian. Energi dan antusiasme mereka biasanya menarik farmasis yang termotivasi dan personel lain yang memiliki visi yang sama dan mau bekerja sama dengan mereka. Manajer seperti ini juga dapat menemukan sumber daya yang mereka butuhkan untuk melaksanakan visi mereka atau memaksimalkan potensi yang sudah mereka miliki. Tidak hanya kekuatan energi dan antusiasme yang dapat membantu farmasis, tetapi juga dapat membantu mahasiswa farmasi. Apakah Anda berpikir bahwa Krista Connelly dapat menjadi pemimpin secara efektif apabila dia tidak memiliki energi dan antusiasme yang tinggi untuk mencapai tujuan dan sasaran ASP?

- *Memberi kekuatan.* Apabila Anda memiliki pendidikan yang tinggi dan keahlian profesional, hal terakhir yang mungkin Anda inginkan adalah seorang administrator yang menanyakan keputusan Anda dan memberi tahu Anda tentang hal-hal yang sebaiknya Anda kerjakan. Dalam lingkungan saat ini, manajer harus mampu memberi kekuatan para pekerja mereka untuk melaksanakan tugas yang harus dikerjakan. Dalam berbagai cara, manajer saat ini lebih mirip dengan pelatih suatu tim. Pelatih mengembangkan suatu permainan; memilih pemain; memberi pelatihan, nasihat, dan sumber daya yang cukup bagi pemain; kemudian mengawasi bagaimana pemain menjalankan rencana permainan. Pelatih yang baik memotivasi pemain untuk melaksanakan rencana permainan. Manajer yang memotivasi pekerja mereka dengan memberikan pelatihan, sumber daya, dan nasihat, kemudian membiarkan para pekerja menyelesaikan pekerjaannya. Krista Connelly dapat memberi motivasi kepada anggota komite dewan ASP dengan memberi mereka tujuan, sumber daya, serta nasihat, kemudian membiarkan mereka bekerja.

Hal ini bukan berarti manajer tidak perlu mengawasi para pekerjaannya. Manajer masih bertanggung jawab untuk memastikan tujuan organisasinya tercapai, yang berarti dapat mengintervensi pekerjaan para pekerjaannya. Seperti pelatih yang memberikan sumber daya dan nasihat kepada pemainnya sepanjang pertandingan, dan secara berkala mengganti pemain yang tidak sesuai dengan rencana permainan, manajer juga perlu memberi sumber

daya, nasihat, dan sesekali memberi sanksi disiplin untuk memastikan tujuan organisasinya tercapai.

- *Memberi dukungan.* Setelah manajer memberi motivasi para pekerjaannya untuk melaksanakan tugasnya, dia tidak boleh meninggalkan pekerjaannya begitu saja, terutama saat kondisi mulai ada yang tidak beres. Saat ini, manajer yang baik harus menjadi pelatih, pemersatu, dan kadang-kadang bahkan menjadi “pemandu sorak” bagi pekerjaannya. Dengan memberi dukungan bagi para pekerja bukan berarti bahwa manajer bersedia melaksanakan tugas para pekerjaannya atau selalu setuju dengan keputusan-keputusan yang dibuat oleh para pekerjaannya dalam melaksanakan pekerjaan. Hal ini berarti bahwa manajer harus memberi pekerjaannya pelatihan, sumber daya, dan otoritas yang diperlukan untuk menjalankan tugasnya. Manajer juga harus menjadi pelatih yang baik, memberitahu pekerjaannya kapan mereka menjalankan tugas dengan baik, dan juga membantu mereka belajar ketika menghadapi suatu permasalahan. Bahkan mahasiswa farmasi seperti Krista Connelly tahu bahwa dengan beberapa kata yang baik kepada anggota komitennya dapat membantu ASP berjalan lancar.

Dalam memberikan dukungan, manajer juga harus menyeimbangkan kebutuhan dan sumber daya organisasi dengan kebutuhan para pekerja. Sebanyak keinginan para manajer memberikan kenaikan gaji kepada para pekerjaannya, manajer juga harus mempertimbangkan berapa banyak uang yang tersedia untuk kenaikan gaji tersebut serta penggunaan potensial lain dari sumber daya finansialnya.

- *Berkomunikasi.* Dalam lingkungan yang padat informasi seperti saat ini, komunikasi antara manajer dan pekerja menjadi lebih penting daripada sebelumnya. Walaupun manajer dapat memberi energi, memberi motivasi, dan dukungan terhadap pekerjaannya, mereka tidak akan menjadi efektif jika mereka tidak mampu mengomunikasikan pesan yang ingin disampaikan sehingga organisasi yang akan menderita. Hal terpenting dalam komunikasi di segala lingkungan adalah kepercayaan. Apabila pekerja merasa bahwa mereka dapat bertanya mengenai apapun atau mengkhawatirkan sesuatu kepada manajernya, mereka akan lebih dapat responsif terhadap hal-hal yang manajer mereka katakan.

Satu tantangan terbesar bagi manajer dan pekerja saat ini adalah banyaknya cara mereka berkomunikasi satu sama lain. Komunikasi antara manajer dan pekerja saat ini dapat melalui telepon, *voice mail*, atau bahkan melalui pesan singkat atau *e-mail*. Walaupun cara ini dapat memudahkan komunikasi antara manajer dengan pekerja, tetap harus ada yang perlu diperhatikan dari metode ini. Seperti yang bisa anda bayangkan, tidak semua cara komunikasi pantas untuk setiap jenis pesan (misalnya, saat

mendisiplinkan atau memberhentikan seorang pegawai dengan menggunakan pesan singkat melalui telepon seluler *bukan* merupakan suatu ide yang bagus).

■ MENGAPA SAYA HARUS BELAJAR MANAJEMEN?

Setelah membaca dua bab pertama dari buku ini, Anda mungkin masih bertanya kepada diri sendiri, "Mengapa saya harus belajar manajemen?" Anda mungkin berpikir bahwa menjadi manajer yang baik cukup dengan menggunakan akal sehat Anda dan mengaplikasikan Peraturan Emas (*Golden Rule*) (bertindak terhadap sesama seperti anda ingin diperlakukan oleh sesama). Lagi pula, Anda mungkin telah cukup baik mengatur diri Anda sendiri sampai titik sekarang tanpa perlu mengambil mata kuliah manajemen atau membaca buku ajar manajemen. Apakah pengaturan praktik kefarmasian lebih sulit dari ini?

Walaupun terdapat peran khusus untuk mengaplikasikan keterampilan manajemen, kebanyakan manajer apotek setuju bahwa untuk mengatur praktik kefarmasian dengan baik memerlukan sejumlah keahlian yang unik. Beberapa dari keahlian ini bersifat teknis [misalnya, manajemen finansial (lihat Bab 15 hingga 19) dan pemasaran (lihat Bab 20 hingga 23)], dan membutuhkan dasar pengetahuan yang melebihi dari apa yang dibawa banyak farmasis ke praktiknya. Keahlian ini harus dipelajari seperti seseorang ingin belajar kimia medisinal, farmakologi, atau terapeutik.

Hal lain yang juga perlu dicatat adalah bahwa dalam tempat kerja saat ini, beberapa hal yang Anda anggap masuk akal kadang tidak bisa diterima oleh kebanyakan orang yang Anda temui. Farmasis sekarang bekerja dengan pegawai lain, profesional kesehatan lain, dan terutama pasien yang berasal dari berbagai latar belakang ras, etnik, budaya, dan pendidikan. Orang-orang dari berbagai latar belakang membawa berbagai pandangan dan pengalaman. Farmasis yang tidak menganggap hal ini penting saat bekerja dengan berbagai kelompok orang akan merasa frustrasi dan tidak mampu memenuhi target dan sasaran secara efektif.

Dalam buku ini kami menyajikan materi yang relevan baik bagi mahasiswa farmasi maupun bagi farmasis. Mahasiswa farmasi yang membaca buku ini akan mengetahui bahwa banyak skenario di awal setiap bab diarahkan sebagai pengalaman yang mungkin ada hubungannya dengan mereka. Beberapa di antara kalian mungkin merasa hidupnya banyak kesamaan dengan Krista Connolly. Kami mengantisipasi apabila itulah kasus yang Anda temui. Informasi yang tersedia di setiap bab tidak hanya akan membantu mahasiswa untuk

menghadapi permasalahan manajemen dengan lebih baik, tetapi juga akan mempersiapkan mereka sebelum menghadapi permasalahan nantinya sebagai farmasis.

Farmasis yang membaca buku ini umumnya memiliki konsep yang bagus mengapa mereka membutuhkan keahlian manajemen. Lagi pula, mereka menjalani manajemen praktik kefarmasian dalam kehidupan sehari-hari! Informasi yang tersedia di buku ini dapat membantu farmasis dalam memberikan keahlian yang mereka butuhkan dalam menghadapi tantangan yang mereka hadapi setiap harinya. Selain itu, empat bab terakhir dari buku ini (Bab 31-34) menjelaskan bagaimana farmasis dalam berbagai kondisi praktik mengaplikasikan keahlian manajemen dalam kesehariannya.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

Berikut ini ada tiga skenario yang menggambarkan bagaimana farmasis menggunakan proses manajemen dalam sehari-hari. Untuk setiap skenario, jelaskan (1) tingkatan manajemen yang dilakukan, (2) jenis aktivitas manajemen yang dilakukan, dan (3) sumber daya yang diperlukan oleh farmasis untuk menjalankan aktivitas tersebut.

Skenario 1: Sabin Patel, R.Ph., sedang berusaha memutuskan apa bentuk pendidikan (Pharm.D nontradisional, program bersertifikat, pendidikan berkelanjutan) yang terbaik untuk dapat menjaga keahlian praktiknya.

Skenario 2: Doug Danforth, Pharm.D., sedang melatih asisten apoteker mengenai informasi yang perlu dikumpulkan selama wawancara dengan pasien.

Skenario 3: Casey Kulpinski, Pharm.D., sedang meninjau ulang laporan finansial apoteknya untuk menentukan apakah pusat perawatan diabetesnya memenuhi tujuan finansial jaringannya.

REFERENSI

- Allee JG (ed). 1990. *Webster's Dictionary*. Baltimore: Ottenheimer Publishers.
- National Association of ChainDrug Stores (NACDS). 2006. *The Chain Pharmacy Industry Profile: 2006*. Alexandria, VA: National Association of Chain Drug Stores.
- Nelson B, Economy P. 2003. *Managing for Dummies*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Tootelian DH, Gaedeke RM. 1993. *Essentials of Pharmacy Management*. St Louis: Mosby.
- U.S. Bureau of Labor Statistics. 2007. www.bls.gov/news.release/empsit.nr0.htm; diakses pada 11 April 2007.

BAGIAN 2

MENCITILAH OPERASIONAL

PERENCANAAN STRATEGIS OPERASIONAL APOTEK

Glen T. Schumock dan Godwin Wong

Tentang penulis: Dr. Schumock menempuh pendidikan sarjana dan mendapatkan gelar B.Pharm. di Washington State University, kemudian melanjutkan studi di University of Washington untuk meraih gelar Pharm.D, serta gelar didapatkan dari University of Illinois di Chicago. Beliau telah menyelesaikan residensi dan kerja sama penelitian. Saat ini beliau menjabat sebagai Director of the Center for Pharmacoeconomic Research dan menjadi Associate Proffesor di Department of Pharmacy Practice di University of Illinois, Chicago. Dr. Schumock mengajar mata kuliah manajemen farmasi, farmakoeкономи, dan perencanaan bisnis untuk layanan di apotek. Dr. Schumock telah menerbitkan lebih dari 100 artikel, beberapa bab buku, serta buku yang ditulis oleh beliau sendiri. Beliau merupakan salah seorang dari dewan editor jurnal *Pharmacotherapy* dan *PharmacoEconomics*. Dr. Schumock merupakan seorang spesialis farmakoterapi bersertifikat dan seorang Rekanan pada American College of Clinical Pharmacy.

Dr. Wong telah mengabdikan selama 20 tahun pada fakultas Haas School of Business di University of California, Berkeley. Bidang ketertarikannya adalah perencanaan strategis di perusahaan, kewirausahaan, manajemen teknologi informasi, serta modal ventura. Beliau pernah menyelenggarakan *workshop* kepemimpinan dan perencanaan strategis untuk berbagai macam kelompok layanan kesehatan, administrator rumah sakit, dan perusahaan farmasi, serta memberi kuliah pada para eksekutif di 20 negara. Beliau pernah menjabat sebagai dewan direksi sejumlah bank di California, perusahaan Silicon Valley, dan perusahaan internasional. Gelar B.S beliau didapatkan dari University of Wisconsin dan M.S dari UCLA, kemudian melanjutkan ke Harvard University untuk mendapatkan gelar Ph.D.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Membuat garis besar kegiatan perencanaan yang diselenggarakan oleh apotek dan organisasi layanan kesehatan.
2. Menjabarkan proses umum pada semua tipe perencanaan.
3. Menjabarkan maksud dari perencanaan strategis, dan mengilustrasikan langkah spesifik dalam mengembangkan rencana strategis.
4. Membedakan pernyataan visi dan misi.
5. Menyoroti contoh-contoh perencanaan strategis pada organisasi farmasi.
6. Mengidentifikasi hambatan dan keterbatasan dalam perencanaan.

■ SKENARIO

Dua tahun yang lalu, Ted Thomson mendapatkan gelar doktor di bidang farmasi dengan predikat magna cum laude dan sukses dalam ujian untuk memperoleh izin praktik sebagai farmasi bersertifikat. Ted melengkapi praktik kefarmasiannya pada rumah sakit pendidikan bergengsi yang memiliki reputasi sangat baik pada departemen farmasinya serta memiliki pelayanan farmasi klinis tingkat lanjut. Ted juga bekerja sebagai farmasis klinis di rumah sakit komunitas di kotanya. Dengan merekrut Ted, departemen farmasi di rumah sakit tersebut menetapkan tujuan jangka pendek yang sejalan dengan sasaran mengembangkan pelayanan apotek.

Rumah sakit tersebut terletak di kota yang berpenduduk sekitar 100.000 jiwa dengan lansia sebagai penduduk terbanyak. Hal ini sebagian berkat kelancaran pembayaran (sebagian besar dari Medicare) dan akurasi fiskal dari *chief financial officer* (CFO)¹, rumah sakit tersebut sudah melakukan hal yang sangat baik dipandang dari sisi klinis dan ekonomi. Departemen farmasi tersebut mempunyai sistem distribusi obat yang baik dan seorang *director of pharmacy* (DOP) yang meskipun tidak terlatih dibidang klinis, ia dapat memahami berharganya pelayanan di bidang ini.

Rumah sakit ini berkembang dengan pesat dan tentunya bertambah pula kepercayaan pada layanan farmasi. Karena makin banyaknya kesempatan yang dihadapi bagi departemen farmasi, DOP telah memutuskan bahwa departemennya harus mengembangkan suatu rencana untuk memandu prioritasnya selama lima tahun ke depan. Untuk menyelesaikannya, DOP telah memutuskan bahwa selama beberapa bulan ke depan, departemennya akan melakukan usaha perencanaan strategis. Usaha ini akan dimulai oleh kelompok terpilih dari departemen yang masing-masing mewakili fungsi dan konstituen yang penting. Ted diminta bergabung dalam kelompok ini mengingat peran dan keahliannya di bidang klinis, dan karena terwujudnya perluasan layanan farmasi klinis dari departemen farmasi merupakan sasaran yang menjadi bagian dari rencana strategis ini.

Ted yang belum pernah mengikuti pelatihan manajemen dan belum berpengalaman, menyadari bahwa kebutuhan untuk mempelajari tujuan rencana strategis dan prosesnya akan menjadi persyaratan untuk mengembangkan rencana strategis di departemen.

¹Dalam bisnis atau organisasi, CFO adalah orang yang bertanggung jawab terhadap keputusan dalam hal finansial dan investasi yang dibuat oleh perusahaan. Pada sistem di rumah sakit atau layanan kesehatan lain, CFO membawahi beberapa departemen dan pekerjaan yang melapor kepadanya, termasuk masalah akuntansi umum, piutang usaha dan hutang dagang, gaji, penganggaran, dan finansial.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah perbedaan aktivitas antara apotek dan organisasi kesehatan lain berkaitan dengan kapan mereka berencana tentang masa depannya?
2. Apakah maksud dari perencanaan strategis, dan bagaimana hal ini berbeda dari jenis perencanaan yang lain?
3. Langkah apa yang diambil oleh organisasi farmasi ketika mengembangkan rencana strategis?
4. Apa yang dimaksud pernyataan visi, dan kepada siapakah hal tersebut ditulis?
5. Apa yang dimaksud pernyataan misi, dan kepada siapakah hal tersebut ditulis?
6. Apakah hambatan atau keterbatasan berkaitan dengan perencanaan yang harus selalu diingat selama menjalankan proses tersebut?

■ PENDAHULUAN

Skenario tersebut mengilustrasikan aktivitas yang penting bagi apotek dan organisasi layanan kesehatan lain yang jarang dipertimbangkan oleh farmasis yang baru lulus. Pada skenario ini, Ted diminta berpartisipasi dalam pengembangan rencana strategis. Perencanaan strategis merupakan salah satu dari jenis perencanaan yang umum dilakukan oleh organisasi di bidang pelayanan kesehatan. Akan tetapi, perencanaan strategis tidak hanya berlaku bagi apotek atau organisasi layanan kesehatan; pada kenyataannya, hal ini merepresentasikan inti dari aktivitas manajemen yang dilakukan oleh semua bidang bisnis.

Bab ini dimulai dengan diskusi secara umum mengenai perencanaan manajemen oleh organisasi farmasi. Apotek, dan organisasi di bidang layanan kesehatan seperti bidang yang lain, terlibat atau seharusnya terlibat ke dalam berbagai tipe perencanaan yang berbeda untuk tujuan yang berbeda juga. Bab ini memberi pemahaman bahwa tanggung jawab terhadap perencanaan terletak pada organisasi dan struktur utama atau proses yang terlibat dalam usaha-usaha perencanaan. Konsep umum ini dapat diaplikasikan untuk semua tipe perencanaan di semua jenis organisasi yang berbeda, termasuk apotek.

Selanjutnya, bab ini akan membahas satu jenis perencanaan saja yaitu perencanaan strategis. Maksud dari pembahasan ini adalah untuk memberikan pemahaman umum mengenai peran perencanaan strategis dan untuk mengidentifikasi langkah-langkah utama atau komponen-komponennya. Walaupun materi bab ini dapat diaplikasikan pada semua jenis organisasi, contoh-contoh yang relevan dengan profesi farmasi atau praktik kefarmasian pada organisasi di bidang layanan kesehatan juga tersedia.

Bagi para pembaca yang tertarik pada pemahaman yang lebih lengkap tentang perencanaan, terdapat banyak pilihan dalam mengumpulkan informasi selain yang ditampilkan

disini. Ratusan literatur buku ajar mengenai topik ini secara umum maupun yang lebih spesifik juga telah banyak tersedia. Beberapa literatur yang bagus dimasukkan dalam daftar pustaka pada akhir bab ini (Koteen, 1997; Martin, 2002; Porter, 1980, 1985; Stoner, Freeman, Gilbert, 1995; Thompson dan Strickland, 1983).

■ PERENCANAAN UMUM

Pada pandangan yang luas, *perencanaan* menggambarkan suatu upaya dengan tujuan yang jelas yang dilakukan oleh suatu organisasi (dalam hal ini, organisasi farmasi) untuk memaksimalkan kesuksesan di masa yang akan datang. Perencanaan, disebut juga *perencanaan manajemen* karena hal ini umumnya termasuk dalam tugas manajer. Perencanaan telah dijelaskan sebagai salah satu dari empat fungsi pokok manajer (bersama dengan mengorganisasi, memimpin, dan mengontrol). Kenyataannya, di antara keempat fungsi

pokok tersebut, perencanaan merupakan hal yang paling penting karena perencanaan menyokong tiga fungsi yang lain (Stoner, Freeman, dan Gilbert, 1995). Meskipun demikian, perencanaan dapat melibatkan lebih dari satu orang manajer pada level manajemen yang lebih tinggi; kenyataannya, pada perusahaan kecil atau perusahaan dengan level manajemen yang lebih rendah, seorang pegawai lini-depan terlibat dalam perencanaan.

Terdapat berbagai macam tipe aktivitas perencanaan dalam organisasi farmasi. Tipe aktivitas yang paling umum adalah perencanaan bisnis, perencanaan finansial, perencanaan operasional, perencanaan sumber daya, perencanaan organisasi, dan perencanaan strategis. Tujuan dari setiap jenis perencanaan tersebut berbeda. Bab ini tidak akan membahas semua jenis perencanaan. Akan tetapi, deskripsi singkat setiap jenis perencanaan dapat dilihat pada Tabel 3-1. Beberapa tipe aktivitas perencanaan tersebut memiliki sub tipe, contohnya: satu jenis perencanaan sumber daya memiliki sub tipe secara

Jenis Perencanaan		
Jenis	Tujuan	Karakteristik
Perencanaan strategis	Untuk menjamin bahwa organisasi tersebut melakukan hal yang benar. Menjelaskan dalam bidang apa organisasi ini bergerak, atau seharusnya berada, menyediakan kerangka dasar tentang perencanaan yang lebih detail serta keputusan sehari-hari.	Jangka panjang (5-20 tahun); cakupannya meliputi seluruh aspek organisasi; perspektif bersifat eksternal—bagaimana organisasi berinteraksi dengan atau mengontrol lingkungannya.
Perencanaan operasional	Untuk menjamin bahwa organisasi ini dipersiapkan melaksanakan tugas-tugas dan tujuan-tujuan dengan segera untuk memenuhi sasaran dan strategi organisasi. Untuk menjamin bahwa organisasi ini menjalankan segala hal dengan benar.	Jangka pendek (1-5 tahun); lingkup spesifik pada tindakan yang segera dilakukan untuk memajukan organisasi; perspektif bersifat internal—penyelesaian tugas sehari-hari.
Perencanaan bisnis	Untuk menentukan kelayakan suatu bisnis atau program spesifik. Perencanaan bisnis digunakan untuk membuat keputusan tentang melakukan suatu investasi dan melakukannya dalam suatu program.	Jangka pendek (1-5 tahun); dapat digunakan untuk membuat keputusan dalam memulai bisnis baru, memperluas bisnis, atau mengakhiri suatu bisnis.
Perencanaan sumber daya	Untuk menjamin sumber daya yang penting dalam meraih sasaran dan strategi organisasi. Perencanaan sumber daya dapat bersifat komprehensif (segala sumber daya yang dibutuhkan untuk meraih sasaran dan rencana strategis organisasi) atau dapat berfokus pada jenis sumber daya tertentu.	Jangka menengah (1-10 tahun); lingkup spesifik pada sumber daya atau sumber daya yang ditentukan pada rencana—dapat meliputi sumber daya manusia, teknologi/informasi, finansial, modal dan fasilitas, dan lainnya; perspektif bersifat internal—sumber daya yang dibutuhkan organisasi.
Perencanaan organisasi	Untuk menjamin bahwa organisasi tersebut dikelola dengan baik untuk menghadapi tantangan di masa mendatang. Unsur-unsur utamanya meliputi keterkaitan pelaporan, definisi tanggung jawab, dan definisi otoritas.	Jangka menengah (1-10 tahun); lingkup spesifik pada aspek struktural organisasi termasuk divisi, keterkaitan pelaporan, kontrol, koordinasi; perspektif bersifat internal—bagaimana perusahaan mengelola dirinya.
Perencanaan alternatif	Untuk memberikan pilihan atau arah alternatif tentang kegagalan strategi awal organisasi atau terjadi sesuatu yang tidak diharapkan. Perencanaan alternatif dapat digunakan untuk mengantisipasi situasi tertentu yang paling umum terjadi adalah kemelut di dalam bisnis (misalnya, aksi mogok tenaga kerja), bencana alam, dan perubahan pada personel manajemen.	Jangka pendek sampai panjang (1-20 tahun); lingkup spesifik pada situasi khusus yang terjadi; perspektif bersifat eksternal (jika situasi tersebut terjadi pada lingkungan) dan internal.

spesifik, yaitu sumber daya manusia (Smith, 1989). Jenis perencanaan sumber daya lainnya yang semakin penting dewasa ini adalah perencanaan teknologi informasi. Jenis perencanaan ini berfokus secara spesifik pada informasi yang dibutuhkan oleh organisasi pada masa sekarang dan masa yang akan datang serta teknologi dan sistem yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. (Wong and Keller, 1997; Breen and Crawford, 2005).

Mengingat perencanaan yang efektif sangat penting, banyak organisasi menginvestasikan waktu dan sumber daya secara signifikan untuk mengusahakannya. Pada akhirnya, seorang CEO (*chief executive officer*) atau presiden dari perusahaan tersebut bertanggung jawab atas keberhasilan perusahaannya—menjamin bahwa kesuksesan sangat bergantung pada perencanaan yang berlaku di perusahaan.² Akan tetapi, dalam perusahaan besar, mengingat lingkup aktivitas perencanaan yang harus dijalankan, sebagian besar pekerjaan tersebut didelegasikan pada suatu departemen khusus yang sepenuhnya menangani perencanaan. Konsultan dari pihak luar sering dipekerjakan untuk membantu organisasi dalam usaha perencanaan.

Proses perencanaan yang sebenarnya dapat bervariasi bergantung pada jenis perencanaan yang sedang dilakukan dan besarnya organisasi atau sistem. Istilah *sistem* ini mengarah pada entitas yang sedang diadakan dalam perencanaan. Entitas tersebut dapat berupa organisasi farmasi secara keseluruhan atau suatu program atau fungsi di dalamnya. Program dapat berupa subunit atau layanan khusus di dalam organisasi tersebut. Suatu contoh program di dalam organisasi farmasi dapat berupa program layanan farmasi klinis. *Fungsi* adalah aktivitas yang melintasi subunit yang berbeda dalam suatu organisasi. Contoh fungsi di dalam organisasi farmasi dapat berupa fungsi manajemen informasi.

Terlepas dari sistem yang dilakukan untuk perencanaan tersebut, terdapat berbagai macam rencana yang sangat rumit. Dalam beberapa kasus, perencanaan dapat cukup sederhana dan mudah. Pada beberapa kasus lainnya, perencanaan melibatkan analisis data secara ekstensif disertai dengan prediksi, cara pengambilan keputusan, dan prosedur yang rumit. Akan tetapi, semua proses perencanaan sama-sama memiliki beberapa ciri dasar seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3-2.

Delapan tahap yang ditampilkan pada Tabel 3-2 merupakan proses umum yang diikuti pada sebagian besar upaya yang dilakukan dalam perencanaan. Tahap-tahap

Tahap-tahap dalam Proses Perencanaan

1. Menentukan atau mengarahkan proses perencanaan kepada tujuan tunggal atau hasil yang diinginkan (visi/misi)
2. Menilai situasi terkini
3. Menetapkan sasaran
4. Mengidentifikasi strategi dalam meraih sasaran
5. Menetapkan tujuan yang mendukung progres ke arah sasaran
6. Menentukan tanggung jawab dan batas waktu untuk setiap tujuan
7. Mencatat dan mengomunikasikan rencana
8. Mengawasi progres yang berkaitan dengan pemenuhan sasaran dan tujuan

umum ini dalam beberapa kasus dapat dikembangkan atau dikurangi, tergantung pada situasi atau dapat ditunjukkan dalam bentuk yang sedikit berbeda. Akan tetapi, komponen pokok dalam memahami tujuan, menilai situasi, menetapkan sasaran, dan menyiapkan metode untuk memenuhi sasaran-sasaran ini seharusnya sama untuk semua aktivitas perencanaan.

Seperti tertera dalam tabel, proses perencanaan dimulai dari suatu pertimbangan mengenai tujuan organisasi atau sistem dan pertimbangan upaya perencanaan itu sendiri. Hal ini diikuti oleh analisis situasi yang sedang dihadapi atau status sistem yang ada. Selanjutnya, penentuan tujuan yang spesifik di masa mendatang, dan kemudian pengembangan strategi untuk menjembatani perbedaan kondisi di masa sekarang dan masa depan. Sesudah itu, tujuan sementara yang menentukan progres dalam mencapai sasaran diidentifikasi, serta tanggung jawab dan batas waktu ditetapkan. Rencana tersebut selanjutnya harus dikomunikasikan, diimplementasikan, dan diawasi.

■ RENCANA STRATEGIS

Tujuan rencana strategis adalah untuk menjamin bahwa organisasi tersebut berjalan dengan benar pada masa sekarang maupun masa yang akan datang. Rencana strategis menunjukkan hal-hal penting yang seharusnya berurusan dengan suatu organisasi atau sebaiknya terlibat di dalamnya serta membantu untuk menetapkan target jangka panjang organisasi. Sebagai contoh, apa saja hal-hal penting dalam suatu farmasi komunitas tertentu? Apakah apotek ingin terlibat dalam “bisnis pereseapan” atau “bisnis pelayanan kesehatan”? Apakah suatu sistem kesehatan ingin berada dalam bidang “bisnis rumah sakit” atau “bisnis yang memberikan pelayanan berkelanjutan”? Jadi, bagaimana suatu organisasi farmasi menjawab pertanyaan-pertanyaan ini dapat memengaruhi bagaimana organisasi tersebut melihat dirinya sendiri dan cara menjalankan bisnisnya, sehingga memberikan kerangka

²CEO adalah administrator tertinggi pada suatu organisasi, yang hanya melapor pada dewan direksi. CEO bertanggung jawab pada keseluruhan kesuksesan organisasi dan merupakan pengambil keputusan utama.

kerja (*framework*) untuk perencanaan yang lebih detail dan keputusan-keputusan setiap harinya.

Rencana strategis telah didefinisikan sebagai proses penyeleksian target organisasi, menetapkan kebijakan, dan program (*strategi*) yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan khusus dan rute menuju target yang telah ditetapkan, serta menentukan metode yang diperlukan untuk menjamin bahwa kebijakan dan program-program strategis dapat terlaksana (Steiner, Miner, dan Gary, 1982). Lebih luas lagi, rencana strategi dapat dianggap sebagai suatu upaya yang dapat mengoptimalkan penempatan seluruh sumber daya yang ada pada organisasi di antara keterbatasan kondisi lingkungan sekarang dan masa yang akan datang. Hasil proses optimisasi ini adalah peningkatan kemungkinan suatu organisasi untuk bertahan dan tumbuh di masa depan.

Dengan melihat lebih dulu riwayat strategi sering membantu dalam evaluasi kinerja perusahaan. Sementara banyak faktor yang memengaruhi kinerja organisasi, perusahaan yang menganut rencana strategis jangka panjang sering lebih sukses daripada yang tidak. Hal ini juga berlaku pada organisasi farmasi dan juga tipe bisnis lainnya. Rencana strategis dapat reaktif atau proaktif. Rencana strategis reaktif tidak ideal, tetapi sering dibutuhkan, khususnya di industri yang berubah dengan cepat (misalnya, pelayanan kesehatan). Akan tetapi, rencana strategi proaktif memungkinkan suatu organisasi untuk melakukan pengontrolan terhadap lingkungannya dan juga sebaliknya.

Selain perencanaan proaktif, organisasi yang mampu memikirkan dan merencanakan metode yang provokatif atau di luar jangkauan dapat memposisikan dirinya tidak hanya mengawasi lingkungan bisnis, tetapi juga dapat menciptakan atau mencipta ulang lingkungan bisnis. Tipe pemikiran strategi ini memungkinkan kesuksesan usaha dalam perencanaan organisasi—ideal bagi perusahaan dalam memosisikan dirinya menjadi yang paling kompetitif. Dengan menggunakan strategi yang memberikan keuntungan perusahaan dibandingkan perusahaan kompetitor tergabung dalam usaha ini (Porter, 1980, 1985). Contoh selain di bidang pelayanan kesehatan adalah Apple, Inc., dan produk iPod-nya. Pada Oktober 2001, pengenalan iPod merupakan hasil langsung dari strategi Apple untuk menciptakan suatu kategori hiburan baru yang mudah dibawa kemana-mana—suatu strategi yang jelas sangat sukses. Contoh yang sama adalah situs Web Facebook, yang bersamaan dengan situs lain yang serupa, telah mengembangkan pasar baru untuk berinteraksi melalui Internet yang belum pernah ada sebelumnya.

Batasan waktu perencanaan strategis membantu membedakannya dari tipe perencanaan yang lain. Perencanaan strategis disebut juga *perencanaan jangka panjang*. Batasan waktu yang sebenarnya yang digunakan oleh organisasi dapat berbeda-beda atau dalam kasus tertentu tidak diketahui.

Karena masa depan masih belum diketahui, sering kali sulit untuk memperkirakan secara akurat jumlah waktu yang dibutuhkan untuk mencapai target jangka panjang. Meskipun demikian, komponen utama dalam perencanaan strategis adalah untuk mengidentifikasi periode waktu agar target tercapai.

Batas waktu untuk perencanaan strategis dapat berlangsung selama 10 sampai 20 tahun atau sesingkat dua tahun. Pada survei yang dilakukan oleh Net Future Institute, para manajer ditanyai tentang berapa lama periode waktu jangka panjang (Martin, 2002). Respons yang paling banyak adalah dua tahun (40,2 persen), diikuti dengan lima tahun (32,7 persen), dan satu tahun (17,9 persen). Kenyataannya, banyak perusahaan yang terlibat dalam survei ini merupakan industri di bidang teknologi tinggi, yang perubahannya sangat cepat dapat merusak perencanaan jangka panjang. Akan tetapi, pelayanan kesehatan juga merupakan bidang yang berubah sangat cepat sehingga perencanaan harus dilakukan serupa dengan industri lain yang pertumbuhannya cepat.

Masalah pada perencanaan strategis, bahkan pada periode lima tahunan, kemungkinan tidak menghasilkan keuntungan yang sangat kompetitif secara terus menerus atau perubahan organisasi secara signifikan. Selain itu, karena sasaran strategis berdasarkan visi perusahaan di masa mendatang, sasaran yang tergabung dalam suatu paradoks baru atau perubahan visi akan sulit bagi pekerja untuk percaya bahwa periode waktu untuk memenuhi targetnya terlalu singkat. Akan tetapi, hal ini merupakan tipe sasaran yang seharusnya dibuat dalam perencanaan strategis, sehingga menjadi periode waktu yang sesuai dengan sasaran dan bukan sebaliknya. Kesalahan yang paling buruk akan "menjatuhkan" sasaran agar menjadikannya konsisten dengan periode waktu yang lebih singkat.

Visi dan Misi

Bagian yang paling penting dalam proses perencanaan strategis adalah menciptakan momentum dan memotivasi personel dalam suatu organisasi farmasi. Perencanaan strategis banyak terkait dengan penjelasan semua hal tentang perusahaan dan membuat "uraian" tentang organisasi tersebut. Pengutaraan uraian tentang organisasi dapat mengandung sejumlah pernyataan yang berbeda yang dapat menghasilkan perencanaan strategis. Hal yang paling penting dari pernyataan-pernyataan tersebut adalah pernyataan tentang visi dan misi.

Visi adalah menjadi apa yang diinginkan oleh suatu organisasi farmasi pada waktu tertentu di masa yang akan datang. Visi dapat bersifat kompleks dan multidimensi, namun pernyataan visi hendaknya dalam kalimat yang singkat. *Pernyataan visi* seharusnya membuat orang berpikir dan memberi motivasi kepada personel agar bekerja keras untuk sesuatu yang lebih besar. Visi perusahaan sebaiknya

menginspirasi karyawan untuk menciptakan masa depan yang berbeda bagi organisasi tersebut. Visi organisasi digunakan pada perencanaan strategis baik pada titik awal maupun titik akhir. Jadi, saat suatu visi ditetapkan, langkah selanjutnya adalah perencanaan strategis yang disusun tentang bagaimana untuk mencapai meraih titik akhir tersebut. Visi juga digunakan untuk menjelaskan misi organisasi. Sebagai contoh, pernyataan visi dari Baptist Health Care di Pensacola, Florida adalah "Menjadi sistem kesehatan terbaik di Amerika" (lihat www.elakeviewcenter.org/BHC/Mission.aspx). Visi ini memandu misi organisasi tersebut dan nilainya, serta kemungkinan, akan membantu pengambilan keputusan setiap hari yang dibuat oleh Baptist Health Care.

Misi adalah tujuan dari perusahaan. *Pernyataan misi* mendefinisikan tentang perusahaan dan apa yang dilakukan perusahaan tersebut. Misi merupakan pernyataan di masa sekarang yang mengarah ke masa depan yang diinginkan. Misi adalah suatu dokumen tertulis untuk menentukan arti tujuan bagi pelanggan maupun karyawan. Pernyataan misi sebaiknya singkat—biasanya tidak lebih dari dua kalimat. Misi menitikberatkan pada tujuan umum organisasi dan dapat diperoleh dari nilai atau kepercayaan yang dianut oleh organisasi tersebut. Pernyataan misi dapat membantu membedakan suatu perusahaan dari perusahaan lain yang produk atau layanannya sama. Beberapa organisasi mencantumkan tidak hanya apa yang dilakukan oleh perusahaan tersebut, tetapi juga bagaimana perusahaan melakukan hal tersebut—khususnya pada hal yang berbeda.

Faktor-faktor berikut ini telah disarankan dalam rangka mengembangkan suatu pernyataan misi untuk farmasi komunitas: pelanggan yang diharapkan (atau ditargetkan), nilai-nilai utama dalam apotek (misalnya, simpati, respek, dan menjaga kerahasiaan), layanan utama dan produk yang disediakan oleh apotek, manfaat yang diperoleh pelanggan (seperti peningkatan kesehatan dan keselamatan), serta citra apotek yang diinginkan oleh publik (Hagel, 2002).

Semua apotek seharusnya mempunyai pernyataan misi. Kerr Drugs, suatu apotek jaringan di Carolinas, memberikan suatu contoh pernyataan misi yang bagus yang berfokus pada pelayanan utama di apotek. Misi dari Kerr Drugs adalah "Menjadi penyedia layanan farmasi komunitas dan layanan kesehatan terkait yang komprehensif, memberikan produk-produk yang berkualitas kepada pelanggan, kepuasan pelanggan, dan pelayanan pelanggan yang paling khusus dalam industri ini." (lihat www.kerrdrug.com/about_kerr.html). Pernyataan misi dari perusahaan farmasi Wyeth (www.wyeth.com) menekankan manfaat yang memenuhi pelanggan. Misinya adalah, "Kami memberikan kepada dunia, produk kefarmasian dan perawatan kesehatan yang meningkatkan kualitas kehidupan serta memberikan manfaat yang luar biasa kepada pelanggan dan pemegang saham". Sehubungan dengan hal tersebut, misi Kefarmasian Novartis

(www.novartis.com/about-novartis/our-mission/index.shtml) adalah untuk "menemukan, mengembangkan, dan dengan sukses memasarkan produk-produk yang inovatif dalam mencegah dan menyembuhkan penyakit, menghilangkan penderitaan, serta meningkatkan kualitas hidup."

Seperti yang disebutkan sebelumnya, pernyataan misi mengandung arti tujuan bagi karyawan dan pelanggan organisasi tersebut. Karyawan dari Kerr Drug mengetahui bahwa pelanggan mereka akan mengharapkan pelayanan yang komprehensif dan dapat dipercaya sehingga mereka harus berupaya keras untuk menyediakan hal tersebut setiap hari. Bab ini akan mendiskusikan bagaimana apotek seperti Kerr Drug yang memiliki misi yang dirumuskan dengan baik dan keterlibatan dalam perencanaan strategis memiliki kemungkinan lebih besar untuk sukses.

Selain pernyataan misi, beberapa bisnis menggunakan *slogan perusahaan* yang untuk menyampaikan suatu pesan kepada para pelanggan tentang organisasi mereka. Slogan perusahaan umumnya lebih terkenal daripada pernyataan misi, namun pada beberapa kasus, slogan perusahaan memiliki fungsi yang sama. Seperti pernyataan misi, slogan perusahaan mengirimkan pesan baik kepada pelanggan maupun karyawan, dan hal ini harus sejalan dengan aksi yang dilakukan oleh perusahaan tersebut, jika tidak, perusahaan tidak dapat dipercaya.

Suatu contoh slogan perusahaan yang bagus adalah slogan Perusahaan Nike. Slogan "*Just Do It!*" memiliki semangat dan makna untuk beraksi. Sangat mudah untuk melihat bagaimana suatu slogan dan misi perusahaan yang berbunyi, "Memberikan inspirasi dan inovasi kepada setiap atlet di dunia," dikombinasikan untuk menciptakan citra yang kuat tentang perusahaannya. Contoh slogan yang bagus oleh sebuah perusahaan farmasi yaitu Perusahaan Walgreens yang berbunyi, "Walgreens. Apotek kepercayaan Amerika (*Walgreens. The Pharmacy America Trust*). Slogan ini ringkas namun menyampaikan pesan yang penuh arti.

Visi, misi, dan pernyataan lain yang membentuk uraian tentang perusahaan merupakan elemen penting pada perencanaan strategis. Apabila elemen-elemen ini sudah terbentuk, proses perencanaan strategis dimulai dengan didasari oleh elemen-elemen tersebut atau memodifikasinya jika diperlukan. Jika elemen-elemen ini belum ada, proses perencanaan strategis harus mencakup konsepsi mereka.

Proses Perencanaan Strategis

Proses perencanaan strategis tidak jauh berbeda dari proses yang digunakan pada jenis perencanaan lain. Bab ini hanya menyoroti aspek langkah-langkah yang ditunjukkan pada Tabel 3-2 yang membedakan perencanaan strategis dibandingkan dengan usaha-usaha dalam jenis perencanaan lainnya.

Tahap Praperencanaan

Praperencanaan dapat digambarkan sebagai langkah-langkah yang diperlukan untuk mengatur upaya perencanaan strategis—atau “perencanaan untuk melakukan perencanaan.” Perencanaan strategis merupakan suatu tindakan penting yang membutuhkan banyak waktu dan energi. Suatu organisasi farmasi yang memilih untuk terlibat dalam usaha perencanaan strategis tidak boleh memandang remeh hal ini. Perencanaan strategis merupakan investasi finansial—pada waktu yang dibutuhkan oleh personel dan jika perlu, pembayaran konsultan. Biaya-biaya ini harus dipertimbangkan terhadap nilai yang diraih melalui usaha tersebut. Jika perencanaan strategis dijalankan dengan tepat, nilai yang dihasilkan akan sangat melebihi biaya apapun. Sebaliknya, jika perencanaan strategis dilakukan dengan tidak serius atau terburu-buru, biaya yang dikeluarkan akan melebihi keuntungan yang diperoleh. Pada saat praperencanaan diperlukan kehati-hatian dalam menilai keseimbangan ini.

Dalam tahap praperencanaan juga perlu menetapkan tujuan usaha perencanaan dan prosedur yang akan digunakan untuk memenuhi tujuan tersebut. Praperencanaan harus menjelaskan orang-orang yang harus terlibat, di mana proses perencanaan dijalankan, dan berapa banyak waktu yang diberikan untuk melakukan usaha tersebut. Praperencanaan juga mempertimbangkan tujuan-tujuan politik dan ramifikasi tindakan-tindakan yang diambil. Dalam mempersiapkan cakupan upaya perencanaan, praperencanaan perlu mengorientasikan aktivitas terhadap visi organisasi, jika ada.

Tahap Perencanaan

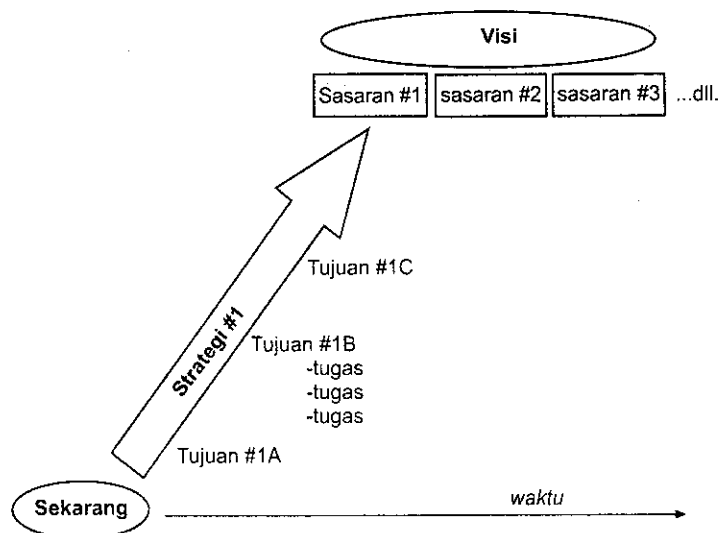
Dalam *tahap perencanaan* dari perencanaan strategis, gagasan-gagasan secara aktif dihasilkan untuk organisasi farmasi. Hal ini dikenal dengan pembuatan strategi (*strategizing*). Seperti dalam setiap proses perencanaan, hal terbaik yang biasanya dilakukan adalah memulainya dengan tujuan akhir di dalam pikiran kita, seperti merencanakan suatu perjalanan dengan mengamati peta. Saat tujuan sudah jelas, seseorang harus menemukan tempat permulaan di peta. Langkah selanjutnya adalah menentukan rute atau pilihan yang berbeda untuk sampai dari tempat permulaan ke tujuan akhir. Di antara rute-rute yang berbeda, orang tersebut harus memilih rute yang terbaik dalam memenuhi kebutuhan di antara keterbatasan sumber daya. Jika kecepatan yang penting, rute paling cepat yang dipilih. Jika pemandangan yang penting, rute dengan pemandangan paling bagus yang dipilih. Selain rute, jenis transportasi juga perlu ditetapkan. Pilihannya antara lain dengan kereta api, mengendarai mobil, atau terbang dengan pesawat (atau kombinasi di antaranya). Saat rute dan metode transportasi telah diketahui, seseorang tadi selanjutnya memilih tujuan utama, atau tempat untuk transit selama dalam perjalanan. Dengan mengetahui titik-titik perantara

tersebut, dapat membantu menjaga perjalanan agar tetap pada jalurnya. Proses perencanaan strategis sangat serupa, kecuali perencanaan strategis merupakan, atau seharusnya, kumpulan usaha dari seluruh level organisasi.

Dalam perencanaan strategis, “tujuan akhir” merupakan visi organisasi di masa depan. Walaupun demikian, penting untuk mengidentifikasi di mana, apa, dan bagaimana organisasi sekarang. Hal ini disebut *analisis situasi*, dan perlu mempertimbangkan baik kondisi masa lalu maupun sekarang. Ini merupakan titik permulaan perjalanan. Berdasarkan visi (tujuan akhir), bersama situasi saat ini (titik awal), sang perencana selanjutnya perlu mengidentifikasi tujuan organisasi. Tujuan-tujuan ini merupakan sinonim hal-hal yang penting dalam peta tadi, seperti kecepatan dan keindahan pemandangan. Saat tujuan teridentifikasi, strategi selanjutnya akan diplot untuk mendapatkannya mulai masa sekarang sampai masa yang akan datang. Untuk itu, sangat penting untuk mengenali dan memilih strategi paling baik yang akan mencapai sasaran. Strategi merupakan sinonim dari rute serta jenis dan biaya transportasi pada contoh perjalanan tadi. Terakhir, seseorang harus menentukan tujuan-tujuan yang dapat membantu dalam mencapai sasaran. Tujuan-tujuan tersebut seperti titik-titik perantara, atau tempat-tempat yang dilewati selama perjalanan seperti yang ditunjukkan dalam peta. Tujuan-tujuan ini merupakan target jangka pendek dan, pada implementasinya dapat mengukur progres menuju sasaran tersebut. Kaitan antara visi, sasaran, strategi, dan tujuan ditunjukkan dengan grafik pada Gbr. 3-1.

Dengan mempertimbangkan tinjauan sebelumnya, langkah-langkah dalam proses perencanaan dapat dikaji lebih saksama. Setelah membuat pernyataan visi, perencana perlu menganalisis dan menetapkan situasi terkini. Oleh sebab itu, bagian dari analisis situasi adalah untuk mengevaluasi kinerja organisasi yang telah dilakukan. Evaluasi ini mencakup seluruh tindakan kinerja termasuk kepuasan pelanggan dan indikator finansial.

Analisis situasi juga perlu menjelaskan situasi sekarang. Metode umum untuk membuat analisis situasi adalah dengan mengevaluasi kekuatan dan kelemahan internal organisasi serta kesempatan dan ancaman dari eksternal terhadap organisasi. Hal ini dikenal dengan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunities, Threat*). Kategori kekuatan dan kelemahan internal mempertimbangkan profitabilitas, kualitas pelayanan kefarmasian, pelayanan terhadap pelanggan, kompetensi dan kemampuan staf apotek, serta efisiensi pada operasional apotek. Kategori peluang dan ancaman dari eksternal meliputi aspek kompetisi dari organisasi farmasi lain, ketersediaan teknologi, peraturan-peraturan yang mendukung atau menghambat bisnis, adanya penggantian biaya terhadap jasa yang diberikan (misalnya, jasa pelayanan farmasi klinis atau kognitif), biaya-biaya yang diperlukan oleh organisasi



Gambar 3-1. Hubungan antara visi, sasaran, tujuan, strategi, dan misi. Dalam mencapai visi tertentu atau status di masa depan, organisasi harus mengatur dan mencapai satu atau lebih sasaran. Setiap sasaran dikaitkan dengan strategi khusus atau metode untuk mencapai sasaran. Strategi dapat ditetapkan melalui tujuan perlu penyelesaian-menengah untuk menuju sasaran. Sekumpulan tugas atau tindakan dapat dihubungkan dengan setiap tujuan. Secara kolektif, tugas-tugas ini juga disebut *taktik* yang dipergunakan untuk mencapai tujuan. (Diadaptasi dari Coke, 2001, dengan seizin penerbit.)

farmasi, isu-isu politik yang berdampak pada pelaksanaan kesehatan, serta perubahan pasar dan tipe pelanggan yang dilayani oleh apotek.

Dengan membandingkan hasil analisis situasi dengan visi yang diinginkan di masa mendatang, tingkat dan jenis kesenjangan di antara keduanya menjadi jelas. Langkah selanjutnya dalam perencanaan adalah menjembatani kesenjangan tersebut. Pertama, perencanaan strategis berperan dalam menetapkan sasaran organisasi yang konsisten dengan visi. Sasaran ini juga berperan besar pada kekuatan dan peluang organisasi sementara meminimalkan ancaman dan mengurangi kelemahan.

Bagian akhir dari proses perencanaan berhubungan dengan mengorganisasi *operasional* strategi. Karena sasaran dan visi merupakan pernyataan tentang masa depan yang diinginkan yang mungkin belum dicapai pada jangka waktu pendek, sasaran jangka menengah diperlukan untuk membantu mencapai sasaran tersebut. Pada proses perencanaan, tujuan-tujuan yang mengacu pada tiap sasaran ditetapkan dan biasanya dapat dipenuhi dalam jangka waktu pendek (1 tahun), sedangkan sasaran dipenuhi dalam jangka waktu yang lebih panjang (3 sampai 5 tahun). Karena tujuan bersifat jangka pendek, masing-masing anggaran, skedul, serta tanggung jawab dapat dialokasikan.

Tidak ada cara yang umum atau standar tentang mengorganisasikan rencana strategi. Akan tetapi, sebagian besar terdiri dari faktor-faktor penting berikut ini: (1) visi organisasi, (2) strategi, (3) sasaran dari setiap strategi, (4)

tujuan yang diperlukan untuk memenuhi sasaran, dan (5) tugas atau rencana aksi untuk berkompetisi dengan tujuan-tujuan yang ditetapkan. Contoh rencana strategi untuk organisasi farmasi dapat dilihat pada referensi di akhir bab ini, dan Tabel 3-3 merupakan salah satu kutipan dari daftar pustaka tersebut (Hutchinson, Witte, and Vogel, 1989). Rencana strategis awal yang dipublikasikan oleh penulis-penulis ini mencakup delapan strategi utama yang masing-masing memiliki banyak sasaran. Ingat bahwa daftar tugas juga perlu ditetapkan tanggal perencanaan penyelesaian tugas dan pihak yang bertanggungjawab pada setiap tugas.

Tahap Pascaperencanaan

Saat bagian-bagian dari tahap perencanaan telah dikembangkan, *tahap pascaperencanaan* dimulai. Tahap ini terdiri dari tiga langkah yang sangat penting: (1) mengomunikasikan rencana, (2) mengimplementasikan rencana, dan (3) memantau progres rencana yang telah diimplementasikan.

Sementara perencanaan strategis sedang dalam proses, rencana strategis merupakan dokumen yang mengomunikasikan rencana. Rencana strategi harus ditulis sedemikian rupa sehingga mengomunikasikan seluruh aspek rencana secara efektif.

Implementasi aktual pada rencana strategis memerlukan manajer dan staf pelaksana di organisasi farmasi untuk memahami sasaran jangka panjang sementara secara bersamaan menentukan dan mengambil langkah-langkah

Contoh Rencana Strategis

Strategi: Departemen akan mencapai pendekatan terorganisasi terhadap pemenuhan biaya dan penyusutan biaya.

Sasaran: Mengembangkan sistem pemantauan beban kerja yang sedang berjalan berdasarkan sistem unit pelayanan farmasi.

Tujuan: Untuk...

- Mengembangkan sistem pemantauan beban kerja yang mengidentifikasi pembagian beban kerja dan beban kerja klinis melalui area satelit.
- Menerapkan statistik beban kerja untuk memperkirakan kebutuhan karyawan.
- Mengevaluasi kelebihan dan kekurangan karyawan berdasarkan kebutuhan aktivitas kerja yang dilakukan.

Rencana tugas aksi

- Menentukan indikator distributif dan klinis yang akan digunakan.
- Mengembangkan metode pengumpulan statistik beban kerja.
- Menjumlahkan total waktu kerja berdasarkan kategori karyawan dan area satelit.
- Mengembangkan indikator produktivitas bulanan berdasarkan beban kerja.
- Menganalisis pola susunan karyawan dibandingkan dengan statistik beban kerja.

Sumber: Diadaptasi dari Hutchinson, Witte, dan Vogel, 1989, dengan seizin dari penerbit.

yang diperlukan untuk memenuhi tujuan jangka pendek. Proses perencanaan tindakan yang dibutuhkan dalam memenuhi tujuan jangka pendek disebut *perencanaan operasional*, yang berfokus pada penentuan aktivitas harian yang diperlukan untuk mencapai sasaran jangka panjang organisasi. Kita dapat membedakan antara perencanaan strategis dan perencanaan operasional dengan melihat pada masing-masing fokus utamanya. Perencanaan strategis berfokus pada melaksanakan suatu hal yang benar (efektif), sedangkan perencanaan operasional fokus pada melaksanakan sesuatu berjalan dengan benar (efisiensi). Dengan kata lain, perencanaan strategis menentukan apa yang dilakukan, dan perencanaan operasional menetapkan bagaimana melakukannya.

Rencana operasional merupakan suatu garis besar dari aktivitas yang bersifat taktis atau tugas-tugas yang harus dilaksanakan untuk mendukung dan mengimplementasikan rencana strategis—disebut juga *taktik*. Hubungan antara tugas atau taktik (perencanaan operasional) dan faktor utama dari perencanaan strategis ditunjukkan pada Gbr. 3-1. Fokus manajer suatu organisasi dalam bekerja sehari-hari adalah pada taktik. Oleh sebab itu, perspektif mereka mengarah pada jangka pendek. Walaupun demikian, hal yang penting bahwa, dengan dasar yang berkala, suatu usaha yang dilakukan mulai dari aktivitas sehari-hari dan berorientasi

kembali pada suatu hal yang lebih besar (yaitu visi, sasaran, dan strategi organisasi). Sebagai contoh, seorang manajer apotek menerima permintaan dari dokter atau perawat agar departemennya mulai menyediakan suatu pelayanan baru di rumah sakit. Sebelum menyetujuinya, hal penting untuk disadari manajer adalah bagaimana pelayanan baru ini selaras dengan visi dan sasaran dari departemen farmasi.

Faktor utama lainnya dari tahap pascaperencanaan adalah *pemantauan*. Rencana pemantauan perlu disusun. Pemantauan ini harus mengevaluasi tingkat implementasi dibandingkan dengan skedul yang direncanakan. Pemantauan juga harus mengevaluasi efektivitas organisasi dalam memenuhi tujuan dan akhirnya mencapai sasaran, khususnya pada penggunaan sumber daya yang terbatas, antara lain manusia dan finansial. Dengan kata lain, apakah rencana dan implementasinya sudah berjalan dengan efektif? Hal utama pada proses pemantauan ini adalah kemungkinan bahwa perubahan pada rencana diperlukan karena adanya perubahan lingkungan atau perubahan pada organisasi. Jadi, rencana strategis harus dipertimbangkan sebagai suatu dokumen yang cair (dapat berubah).

■ CONTOH PERENCANAAN STRATEGIS PADA ORGANISASI FARMASI

Terdapat begitu banyak contoh dan gambaran perencanaan strategis pada organisasi farmasi yang telah dipublikasikan, meskipun sebagian besar berada dalam lingkup praktik di rumah sakit (Anderson, 1986; Birdwell dan Pathak, 1989; Guerro, Nickman, Bair, 1990; Harrison, 2005, 2006; Harrison dan Bootman, 1994; Harrison dan Ormeier, 1996; Hutchinson, Witte, Vogel, 1989; Kelly, 1986; Linggi dan Pelham, 1986; Newberg dan Banville, 1989; Portner et al., 1996; Shane dan Gouvêa, 2000). Pada toko obat jaringan, apotek milik sendiri, ataupun organisasi farmasi lain yang mencari profit, publikasi strategi dan tujuan organisasi sehingga membiarkan kompetitor mengetahui hal tersebut merupakan hal yang tidak produktif. Akan tetapi, perencanaan ini dijaga sangat ketatnya sehingga tidak jatuh ke tangan kompetitor. Meskipun demikian, terdapat beberapa publikasi umum yang dibuat untuk membantu farmasi komunitas dalam perencanaan strategis (Hagel, 2002).

Suatu survei yang dipublikasikan pada tahun 1996 terhadap 1500 apotek komunitas yang dipilih secara acak menemukan bahwa hanya terdapat proporsi kecil (30,8 %) responden yang melaporkan bahwa mereka telah mempunyai perencanaan strategis untuk apoteknya (Harrison and Ormeier, 1996). Untuk apotek yang telah memiliki perencanaan strategis, rata-rata menggunakan 5,9 (dari 7) tahap-tahap perencanaan strategis yang berbeda, dan 45,7 persen telah menggunakan tujuh tahap tersebut (Tabel

Tahap-Tahap yang Digunakan pada Proses Perencanaan Strategis oleh Farmasi Komunitas

Tahap	Persentase*
Pengembangan pernyataan misi	76,9
Identifikasi kekuatan dan kelemahan	94,2
Identifikasi hambatan dan peluang	90,2
Penyusunan dan pemilihan strategi	83,8
Peninjauan struktur dan sistem apotek	60,1
Implementasi strategi	86,1
Evaluasi implementasi strategi	76,3

*N = 173 apotek komunitas yang melaporkan penggunaan perencanaan strategis; nilai tersebut mewakili persentase yang tergabung dalam setiap tahap khusus pada proses perencanaan strategis

Sumber: Diadaptasi dari Harrison dan Ortmeier, 1996, dengan izin dari penerbit

3-4). Penulis juga melaporkan bahwa apotek komunitas yang melaksanakan perencanaan strategis memiliki kinerja pada pelayanan klinis, pelayanan pemberian obat, dan kondisi finansial yang lebih tinggi secara signifikan—menunjukkan bahwa perencanaan strategis dapat meningkatkan kesuksesan organisasi. Pada tahun 2005, suatu survei yang lebih baru hanya menunjukkan sedikit perubahan. Seperti pada survei sebelumnya, peningkatan penggunaan perencanaan strategis berhubungan dengan peningkatan kinerja organisasi (Harrison, 2005, 2006).

Suatu studi serupa yang diselenggarakan pada lingkup apotek rumah sakit menemukan bahwa 63 persen responden (direktur farmasi rumah sakit) membuat perencanaan strategis pada apotek mereka dan diikuti oleh 4,7 (dari 6) tahap proses perencanaan strategis. Hal ini memberi dukungan pada keyakinan bahwa perencanaan strategis lebih umum diselenggarakan di farmasi rumah sakit daripada pemikiran sebelumnya (Harrison and Bootman, 1994). Pada lingkungan rumah sakit, terdapat banyak gambaran perencanaan strategis yang dipublikasikan hanya berfokus secara spesifik pada perencanaan di bidang pelayanan farmasi klinis (Anderson, 1986; Kelly, 1986; Linggi and Pelham, 1986).

Ketika perencanaan strategis digunakan oleh departemen farmasi rumah sakit, hasil yang positif akan diperoleh. Suatu studi diselenggarakan pada direktur apotek di rumah sakit di Amerika Serikat untuk menentukan apakah perencanaan yang sangat baik memberikan peningkatan hasil pada departemen (Birdwell and Pathak, 1989). Departemen farmasi dikategorikan menurut tingkat kecanggihan perencanaan strategis berdasarkan tahap-tahap yang berbeda yang diterapkan pada proses perencanaan. Pada departemen dengan perencanaan tingkat tinggi, hasil seperti kepuasan

pengelola rumah sakit, citra profesional di antara pengelola rumah sakit, jumlah program-program farmasi klinis, dan mutu program farmasi klinis dinilai lebih tinggi oleh direktur farmasi daripada departemen dengan tingkat perencanaan yang lebih rendah. Pada industri lain, perencanaan strategis juga telah terbukti meningkatkan kinerja perusahaan dan memperoleh hasil positif. (Hodges and Kent, 2006-2007).

Studi lain yang memberikan hasil yang sama, yaitu studi yang menggambarkan dampak perencanaan strategis yang diselenggarakan pada apotek di Department of Veterans Affairs Medical Center dengan peningkatan keterlibatan farmasis pada pelayanan asuhan pada pasien, peningkatan keterlibatan farmasis pada pelayanan klinis tertentu, sistem distribusi obat yang lebih efisien, serta peningkatan keterlibatan pada edukasi farmasi (Portner et al., 1996).

Perencanaan strategis pada apotek sangat penting terutama ketika terjadi perubahan pada lingkungan praktik. Medicare Modernization Act (MMA) pada tahun 2003 merupakan contoh yang bagus mengenai perubahan ini. Perundang-undangan ini berdampak pada tahun 2006 yang menciptakan *Medicare prescription drug benefit* (dikenal dengan Medicare Part D) dan menetapkan persyaratan bahwa *medication therapy management* (MTM) disediakan kepada penerima Medicare dengan risiko tinggi (lihat Bab 17). Kesuksesan organisasi farmasi menggunakan perencanaan strategis untuk memperkirakan dampak MMA dan untuk mengembangkan rencana-rencana praktik dalam penetapan MTM (Lewin Group, 2005). Contoh lain perubahan pada lingkungan praktik kefarmasian yaitu peningkatan penekanan pada kesalahan pengobatan (*medication errors*) yang dipromosikan oleh Joint Commission, suatu badan yang bertanggung jawab mengakreditasi rumah sakit dan organisasi kesehatan lain. Dengan melakukan pemantauan terhadap literatur, departemen farmasi rumah sakit yang sukses dapat memprediksi perubahan ini dan kemudian mengembangkan serta mengimplementasikan rencana untuk menyiapkan sumber daya teknologi dan manusia dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien (Shane and Gouveia, 2000).

■ HAMBATAN DAN KETERBATASAN DALAM PERENCANAAN

Perencanaan yang efektif memerlukan komitmen yang serius terhadap waktu maupun sumber daya. Untuk berbagai alasan, suatu organisasi dapat gagal pada usaha perencanaan mereka. Ketidaksuksesan ini dapat berasal dari kegagalan mengenali dan meminimalkan hambatan pada usaha perencanaan atau kegagalan dalam memahami keterbatasan yang tidak dapat dipisahkan dari perencanaan.

Hambatan

Suatu organisasi harus dapat mengatasi hambatan untuk menjamin kesuksesan proses perencanaan strategis, seperti yang ditunjukkan pada Tabel 3-5. Hambatan yang paling serius yaitu kurangnya dukungan dari pimpinan. Keterlibatan dan partisipasi dari pimpinan perusahaan dan dewan direksi merupakan aspek penting dalam perencanaan strategis. Tanpa hal ini, segala upaya perencanaan hanya akan menyia-nyiakan waktu dan sumber daya.

Hambatan yang sering terjadi pada perencanaan yang efektif adalah kegagalan untuk memenuhi waktu yang cukup pada proses perencanaan. Perencanaan yang baik membutuhkan pengelolaan dan waktu yang signifikan. Idealnya, beberapa aspek perencanaan yang lebih kreatif harus diselesaikan dalam waktu yang takterhingga. Dalam proses perencanaan, apotek-apotek biasanya mundur jika terjadi sesuatu di luar lingkup kerja yang biasa mereka hadapi. Mengingat waktu dan biaya yang tidak sedikit yang diperlukan untuk menangani kejadian tersebut, diperlukan komitmen yang besar baik dari organisasi maupun personel yang terlibat.

Masalah-masalah antarpersonel, seperti kultur organisasi atau daya juang terhadap kekuasaan dan dunia politik terkadang menjadi hambatan pada perencanaan yang efektif. Individu yang dilibatkan dalam perencanaan atau penerapannya dapat menjadi resisten terhadap perubahan (dengan alasan yang berbeda-beda) dan hal tersebut dapat dengan atau tanpa disadari menghambat usaha perencanaan. Demikian pula, jika organisasi atau personel kurang terampil dalam aspek yang diperlukan dalam menyelenggarakan suatu perencanaan, hasilnya kemungkinan akan kurang optimal dan bahkan membahayakan organisasi. Pada konteks yang sama, kegagalan dalam perencanaan yang cukup jauh di masa mendatang akan menjadi masalah, khususnya pada perencanaan tertentu. Perencanaan strategis terutama

ditujukan untuk memandu suatu organisasi pada jangka waktu yang lama.

Lingkungan juga dapat menjadi suatu penghambat perencanaan yang efektif. Pada lingkungan layanan kesehatan, segala sesuatu berubah terus-menerus atau bersifat ambigu, perencanaan yang efektif semakin sulit dan tak pasti. Sebagai contoh, pertimbangan segala perubahan yang memengaruhi organisasi farmasi yang mempersulit perencanaan di masa depan. Hal ini meliputi perubahan pada teknologi dan otomasi, obat-obat dan terapi baru, perubahan dalam tingkat pembayaran dari resep dan ketersediaan penggantian biaya untuk pelayanan farmasi klinis, perubahan pada regulasi, serta fluktuasi pasar tenaga kerja untuk farmasis.

Organisasi yang beroperasi pada lingkungan yang berubah dengan cepat dapat menangguk atau menghindari semua perencanaan. Sayangnya, kegagalan dalam perencanaan, bahkan jika sulit, dapat lebih merugikan dalam jangka panjang.

Hambatan lain pada usaha perencanaan adalah kegagalan dalam mengomunikasikan rencana secara efektif kepada para karyawan. Rencana-rencana tertulis perlu disusun menjadi suatu bentuk tertentu sehingga pesan didalamnya dapat dikomunikasikan secara jelas kepada khalayak yang tepat. Dokumen perencanaan terkadang perlu dibuat menjadi istilah atau terminologi yang disebut *plan-speak*, yang tidak konsisten dengan hal sebelumnya, namun akan lebih bermanfaat untuk memperjelas dan memberikan interpretasi yang tepat kepada khalayak. Selain dokumen tertulis, presentasi secara verbal dan bentuk lain dari komunikasi juga perlu dilakukan.

Hambatan yang paling umum terhadap perencanaan yang efektif yaitu kegagalan dalam implementasi, yang disebut analisis namun tidak ada tindakan. Tiga penyebab kegagalan dalam mengimplementasikan rencana yaitu tidak tersedianya sumber daya, kurangnya waktu, dan kegagalan dalam memantau atau menilai progres. Implementasi strategi sering melibatkan mobilisasi sumber daya. Jika organisasi tidak mempunyai sumber daya yang dibutuhkan atau tidak memiliki keinginan untuk memenuhi sumber daya tersebut, proses implementasi dapat berdampak buruk. Pada masa kini dengan kecepatan bisnis yang semakin meningkat, manajer sering tidak memiliki waktu untuk menggunakan perencanaan yang telah dibuat secara memadai dalam memandu aktivitas mereka sehari-hari.

Istilah *management by crisis* sering digunakan untuk menggambarkan modus operandi para manajer yang sibuk yang berarti bahwa pekerjaan mereka lebih diarahkan oleh masalah-masalah yang dihadapi saat itu daripada suatu pertimbangan yang saksama terhadap sasaran organisasi yang sebenarnya. Dalam jangka panjang, hal ini dapat berdampak kegagalan perusahaan dalam memenuhi sasarannya (Martin, 2002). Pada akhirnya, kegagalan pemantauan, dengan berbagai alasan, terhadap progres yang telah dibuat mengarah

Hambatan pada Perencanaan yang Efektif

1. Gagal memenuhi waktu yang cukup untuk melakukan usaha perencanaan
2. Masalah antarpersonal seperti daya juang terhadap kekuasaan dan politik serta adanya resistensi pada perubahan oleh individu atau kelompok
3. Kekurangan ke terampilan dalam perencanaan
4. Kegagalan melakukan perencanaan yang cukup jauh ke masa depan
5. Lingkungan yang selalu berubah
6. Kegagalan dalam implementasi dikarenakan kekurangan waktu dan sumber daya
7. Kegagalan dalam memantau progres
8. Kekurangan dukungan dari pimpinan utama dan/atau dewan direksi

pada sasaran yang dikembangkan pada proses perencanaan dapat menjadi hambatan yang signifikan dalam menyukkseskan usaha perencanaan.

Keterbatasan

Selain hambatan pada perencanaan yang telah dibahas, penting pula untuk mengetahui adanya keterbatasan-keterbatasan tertentu dalam perencanaan. Para manajer sering terperangkap dalam anggapan bahwa perencanaan merupakan suatu peluru ajaib untuk menyembuhkan penyakit-penyakit di dalam organisasi. Mereka harus mengakui faktanya bahwa perencanaan tidak menyembuhkan semuanya.

Pertama, perencanaan, pada beberapa taraf, merupakan suatu hasil perkiraan (namun, umumnya didasarkan pada aspek edukasi dan pengalaman). Sementara itu, keputusan didasarkan pada bukti yang ada baik mengenai masa lalu maupun kemungkinan kejadian di masa depan, dan masih melibatkan faktor risiko. Tidak ada yang pasti. Bahkan dengan data dan strategi yang bagus, sesuatu yang negatif yang tidak dapat diprediksi bisa saja terjadi sehingga takterhindarkan.

Kedua, rencana dan perkiraan hanya akan baik apabila data dan informasi yang ada juga baik. Kekurangan data akan menghasilkan strategi yang buruk. Hal-hal yang dihindari oleh apotek pada kegiatan perencanaan akan berhubungan secara langsung dengan tingkat usaha, kreativitas, waktu, dan sumber daya yang ada di dalamnya. Organisasi yang mengadopsi pendekatan lempeng pendidih atau "pemotong kue" dalam perencanaannya lebih sering mengalami kegagalan.

Dua tambahan keterbatasan perencanaan antara lain bagaimana suatu organisasi mengimplementasikan rencana. Perencanaan bukan berarti pengganti dari aksi. Organisasi yang hanya melakukan perencanaan, tetapi mengabaikan aksi yang telah ditentukan, tidak akan sukses. Sebaliknya, rencana seharusnya tidak dianggap sebagai sesuatu yang statis atau tidak menghasilkan. Perencanaan seharusnya merupakan proses yang terus-menerus, dan rencana berubah sesuai dengan kondisi lingkungan. Bila menjalankan rencana secara sembarangan tanpa pertimbangan perubahan lingkungan yang menyebabkan rencana tersebut ketinggalan zaman, tindakan tersebut merupakan suatu kebodohan.

■ KESIMPULAN

Skenario Ted Thomson yang memulai bab ini memberikan ilustrasi bagaimana pengetahuan tentang konsep terkait-perencanaan dapat diaplikasikan pada aktivitas kerja seorang yang baru saja lulus dari pendidikan farmasi. Pengetahuan tentang konsep-konsep di bab ini seharusnya dapat membuat posisi Ted lebih baik dalam rangka berpartisipasi menyusun suatu perencanaan strategis yang digagas oleh DOR. Ted sekarang akan dapat dengan jelas menghargai

betapa pentingnya perencanaan ini terhadap masa depan rumah sakit dan juga departemen farmasi. Ted juga dapat mengantisipasi proses-proses yang dapat dijalankan. Ted juga mengantisipasi pertanyaan-pertanyaan tertentu yang dibutuhkan pada proses perencanaan. Sebagai contoh, apotek tersebut yang digambarkan pada skenario, apa visi yang cocok untuk departemennya? Apa sasaran dan tujuan yang dapat ditetapkan selama pelaksanaan perencanaan strategis?

Konsep yang dibahas pada bab ini hanya menjadi lebih penting apabila seseorang mengalami progres dalam karir dan memperoleh kedudukan tinggi dalam kepemimpinan serta tanggung jawab pada apotek atau organisasi layanan kesehatan. Hal ini juga penting bagi para mahasiswa dan praktisi baru untuk memahami proses yang terlibat dalam penetapan dan pemeliharaan kelangsungan hidup organisasi tempat mereka bekerja. Pemahaman yang baik tentang konsep manajemen, khususnya perencanaan, akan membuat seorang praktisi farmasi lebih menghargai situasi manajemen operasional. Hal ini kemudian akan membuat seorang praktisi farmasi dapat memberi masukan dengan lebih baik dan mampu memengaruhi arah dan keputusan suatu organisasi farmasi.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Pilihlah suatu kondisi praktik kefarmasian yang spesifik (misalnya praktik kefarmasian di rumah sakit, komunitas, atau pelayanan yang terkelola). Hambatan apa yang menurut Anda akan membatasi kemampuan farmasis dan manajer apotek untuk menjalankan perencanaan yang efektif pada kondisi tersebut?
2. Tuliskan suatu pernyataan visi untuk organisasi farmasi yang anda bayangkan. Jelaskan bagaimana Anda memilih kalimat dan pesan dari pernyataan tersebut.
3. Carilah pernyataan visi dan misi dari organisasi di bidang pelayanan kesehatan melalui Internet. Identifikasi dan bandingkan pernyataan dari sedikitnya tiga organisasi yang berbeda. Apa kekuatan dan kelemahan dari pernyataan-pernyataan tersebut?
4. Deskripsikan perubahan pada praktik kefarmasian selama 20 tahun terakhir ini. Bagaimana perencanaan strategis dari suatu organisasi farmasi memberikan posisi yang lebih baik terhadap perubahan-perubahan tersebut?

REFERENSI

- Anderson RW. 1986. Strategic planning for clinical services: The University of Texas M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute. *Am J Hosp Pharm* 43:2169.

- Birdwell SW, Pathak DS. 1989. Use of the strategic-planning process by hospital pharmacy directors. *Am J Hosp Pharm* 46:1361.
- Breen L, Crawford H. 2005. Improving the pharmaceutical supply chain: Assessing the reality of e-quality through e-commerce application in hospital pharmacy. *Int J Qual Reliab Manag* 22:572.
- Coke A. 2001. *Seven Steps to a Successful Business Plan*. New York: American Management Association.
- Guerrero RM, Nickman NA, Bair JN. 1990. Using pharmacists' perceptions in planning changes in pharmacy practice. *Am J Hosp Pharm* 47:2026.
- Hagel HP. 2002. Planning for patient care. In Hagel HP, Rovers JP (eds), *Managing the Patient-Centered Pharmacy*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Harrison DL. 2006. Effect of attitudes and perceptions of independent community pharmacy owners/managers on the comprehensiveness of strategic planning. *J Am Pharm Assoc* 46:459-64.
- Harrison DL. 2005. Strategic planning by independent community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 45:726-33.
- Harrison DL, Bootman JL. 1994. Strategic planning by institutional pharmacy administrators. *J Pharm Market Manag* 8:73.
- Harrison DL, Ortmeier BG. 1996. Strategic planning in the community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* NS36:583.
- Hodges H, Kent T. 2006-2007. Impact of planning and control sophistication in small business. *J Small Bus Strat* 17:75.
- Hutchinson RA, Witte KW, Vogel DP. 1989. Development and implementation of a strategic-planning process at a university hospital. *Am J Hosp Pharm* 46:952.
- Kelly WN. 1986. Strategic planning for clinical services: Hamot Medical Center. *Am J Hosp Pharm* 43:2159.
- Koteen J. 1997. *Strategic Management in Public and Nonprofit Organizations*, 2nd ed. Westport CT: Praeger.
- Lewin Group. 2005. Medication therapy management services: A critical review. *J Am Pharm Assoc* 45:580-7.
- Linggi A, Pelham LD. 1986. Strategic planning for clinical services: St Joseph Hospital and Health Care Center. *Am J Hosp Pharm* 43:2164.
- Martin C. 2002. *Managing for the Short Term: The New Rules for Running a Business in a Day-to-Day World*. New York: Doubleday.
- Newberg DE, Banville RL. 1989. Strategic planning for pharmacy services in a community hospital. *Am J Hosp Pharm* 46:1819.
- Porter ME. 1980. *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. New York: Free Press.
- Porter ME. 1985. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press.
- Portner TS, Srnka QM, Gourley DR, et al. 1996. Comparison of Department of Veterans Affairs pharmacy services in 1992 and 1994 with strategic-planning goals. *Am J Health-Syst Pharm* 53:1032.
- Shane R, Gouveia WA. 2000. Developing a strategic plan for quality in pharmacy practice. *Am J Health-Syst Pharm* 57:470-4.
- Smith JE. 1989. Integrating human resources and program-planning strategies. *Am J Hosp Pharm* 46:1153.
- Steiner GA, Miner JB, Gray ER. 1982. *Management Policy and Strategy*. New York: Macmillan.
- Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert DR. 1995. *Management*, 6th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Thompson AA, Strickland AJ. 1983. *Strategy Formulation and Implementation: Tasks of the General Manager*. Plano, TX: Business Publications.
- Wong G, Keller U. 1997. Information technology (IT) outsourcing: An alternative to re-engineer your IT. In Berndt R (ed), *Business Reengineering*. Heidelberg: Springer-Verlag.

PERENCANAAN BISNIS BAGI PROGRAM FARMASI

Glen T. Schumock dan Godwin Wong

Tentang Penulis: Dr. Schumock adalah seorang lulusan dari Washington State University (B.Pharm), University of Washington (Pharm.D.), dan University of Illinois di Chicago (MBA). Beliau juga telah menyelesaikan residensi dan kerja sama penelitian. Saat ini, Dr. Schumock menjabat sebagai Director of the Center for Pharmacoeconomics Research, dan Associate Professor di Departement of Pharmacy Practice di Universitas Illinois di Chicago. Dr Schumock mengajar mata kuliah manajemen farmasi, farmakoekonomi, dan perencanaan bisnis untuk pelayanan kefarmasian. Dr. Schumock telah menerbitkan lebih dari 100 artikel, berbagai bab buku, dan buku. Beliau juga sebagai dewan editorial untuk jurnal-jurnal *Pharmacotherapy* dan *PharmacoEconomics*. Dr. Schumock merupakan seorang spesialis farmakoterapi bersertifikat dan rekan sejawat pada American College of Clinical Pharmacy.

Dr. Wong telah berada di fakultas Haas School of Business di University of California, Berkeley, selama 20 tahun. Bidang yang menjadi perhatiannya adalah perencanaan strategis, kewirausahaan, manajemen teknologi informasi, dan modal ventura. Ia telah memberikan berbagai pelatihan kepemimpinan dan perencanaan strategis untuk berbagai jenis pelayanan kesehatan, administrasi rumah sakit, dan perusahaan farmasi serta memberikan pengajaran pada eksekutif di 20 negara. Ia juga menjabat sebagai dewan direksi dari beberapa bank di California, perusahaan Silicon Valley, dan perusahaan internasional. Ia menerima gelar B.S. dari University of Wisconsin, gelar M.S. dari UCLA dan Ph.D. dari Harvard University.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan tujuan perencanaan suatu rencana bisnis.
2. Mendiskusikan komponen-komponen penting dalam rencana bisnis.
3. Mengulas kembali aspek-aspek penting dalam komunikasi dan implementasi suatu rencana bisnis.
4. Menyoroti contoh-contoh perencanaan rencana bisnis yang berada dalam suatu organisasi farmasi.

■ SKENARIO

Skenario yang dimulai di Bab 3 dilanjutkan di bab ini. Jadi, Ted Thompson adalah seorang farmasis klinis di suatu rumah sakit komunitas berskala menengah. Ted baru saja menyelesaikan partisipasinya dalam proses pengembangan perencanaan strategis untuk

departemen farmasi. Di dalam rencana 5 tahunan, terdapat tujuan dari departemen tersebut untuk menyukseskan pengembangan program-program pelayanan farmasi klinis dan, jika memungkinkan, untuk menghasilkan pendapatan dari program-program tersebut.

Setelah tahun pertamanya di rumah sakit, Ted telah merumuskan beberapa ide untuk pelayanan farmasi klinis yang baru, yang ditawarkan oleh departemen tersebut untuk dapat menghasilkan pendapatan. Selama evaluasi kinerja tahunannya, ia mendiskusikan ide-ide tersebut dengan atasannya, yaitu *director of pharmacy* (DOP). DOP tersebut sangat senang karena Ted telah mengajukan ide-idenya dan memberikan semangat kepada dia untuk melakukan investigasi terhadap pilihan-pilihan tersebut lebih lanjut. Salah satu ide yang sangat menarik adalah ide untuk mengembangkan suatu pelayanan atau bisnis untuk memberikan "jasa konsultan farmasi" untuk di area *nursing home*.

Sebagai seorang farmasis klinis yang melayani bidang obat umum di rumah sakit, Ted telah mengembangkan tingkat minat dan keahlian yang tinggi dalam perawatan pasien lansia. Tugas-tugasnya sering berhubungan dengan area *nursing home*, khususnya saat pasien tersebut dipindahkan ke fasilitas ini dan saat terdapat masalah dalam terapi obat yang kontinu. Karena hal ini, dan karena perhatiannya kepada para pasien, Ted telah membangun reputasi yang baik dengan para dokter dan staf perawat, tidak hanya yang berada di rumah sakit, tetapi juga dengan yang berada di area *nursing home*. Ted mengatakan pada DOP bahwa selama berhubungan dengan area *nursing home*, ia telah mendengar bahwa kebanyakan dari pasien yang tidak puas dengan kualitas penjelasan pengobatan yang saat ini dilakukan oleh konsultan farmasi dari pihak luar. Mereka telah menanyakan berkali-kali jika ia atau rumah sakit dapat mempertimbangkan untuk menyediakan jasa ini.

DOP mengindikasikan bahwa ia berpikir ide untuk pelayanan konsultasi farmasi itu merupakan ide yang baik. Dia menyarankan agar Ted mengembangkan suatu "rencana bisnis". Ted telah mendengar istilah *rencana bisnis* sebelumnya, tetapi tidak begitu tahu hal-hal apa saja yang diperlukan untuk hal itu. Walaupun demikian, ia telah berniat dan bersiap untuk mempelajari serta melakukan semua hal yang dibutuhkan untuk mewujudkan ide yang telah ia ajukan.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Hal apa yang menjadi tujuan pokok dari perencanaan bisnis di lingkungan farmasi?
2. Apa saja yang menjadi komponen penting dari perencanaan bisnis yang diajukan untuk pelayanan farmasi?
3. Apa saja yang menjadi faktor-faktor utama untuk memasukkan suatu analisis potensi kinerja finansial yang diajukan dalam suatu program baru?
4. Untuk siapa suatu perencanaan bisnis dibuat?

■ PENDAHULUAN

Pada Bab 3 telah membahas konsep-konsep umum suatu perencanaan oleh organisasi farmasi dan mengkaji tipe perencanaan spesifik—perencanaan strategis. Bab ini mendiskusikan jenis tipe utama lainnya dari suatu perencanaan yang digunakan oleh organisasi farmasi. Karakteristik khas dari *perencanaan bisnis* adalah bahwa hal tersebut berfokus pada program atau bisnis yang spesifik di dalam organisasi. Di sini istilah *bisnis* yang digunakan bersinonim dengan kata *program*. Sebagai contoh, di organisasi farmasi, suatu bisnis atau program dapat berupa pelayanan klinis baru. Di suatu perusahaan skala besar, seperti apotek jaringan, suatu bisnis atau program dapat berupa pelayanan resep secara *drive-through* atau suatu program penatalaksanaan penyakit di toko-toko yang telah ditentukan. Perencanaan bisnis juga dapat digunakan pada perusahaan baru berjalan, karena usulan program atau bisnis menjadi bagian dari keseluruhan organisasi.

Tujuan perencanaan bisnis adalah untuk memberikan data dan mengajukan tindakan-tindakan yang perlu dilakukan untuk dapat menjawab suatu pertanyaan bisnis, biasanya dalam bentuk, "Haruskah kita menanamkan investasi di bisnis yang diajukan tersebut?" Seperti yang diilustrasikan pada pertanyaan, perencanaan bisnis biasanya sering digunakan ketika suatu organisasi ingin mengetahui risiko proyek di masa datang dan perkiraan keuntungan dari usaha bisnis baru yang diajukan. Sebagai contoh, pada skenario yang dipaparkan oleh Ted, pertanyaan dari bisnis tersebut berkaitan dengan program baru yang diajukan yaitu menyediakan pelayanan konsultasi farmasi untuk area *nursing home*. Walaupun demikian, perencanaan bisnis juga dapat digunakan untuk membuat keputusan tentang terus mengembangkan atau menghentikan suatu program yang ada.¹

Seperti halnya pada perencanaan strategis, suatu proses perencanaan bisnis akan menghasilkan suatu rencana tertulis. Hal penting untuk diperjelas di sini adalah bahwa suatu rencana bisnis ditulis dengan memikirkan "konsumen" di pikiran kita. Jika pengambil keputusan adalah seorang *chief executive officer* (CEO) dan/atau *chief financial officer* (CFO), rencana tersebut seharusnya ditulis agar dapat digunakan dan sesuai untuk para konsumen. Rencana bisnis yang

¹Dalam hal ini mungkin lebih berguna untuk membedakan istilah *rencana bisnis*, *perencanaan bisnis*, dan *rencana perencanaan bisnis*. Rencana bisnis merencanakan puncak dari perencanaan pengembangan suatu rencana bisnis dan merupakan topik utama pada bab ini. Perencanaan bisnis tidak hanya meliputi pengembangan rencana bisnis, tetapi juga pemantauan secara kontinu dan tinjauan terhadap kesuksesan suatu program.

tidak memikirkan konsumen akan lebih sedikit peluangnya untuk dikerjakan dengan baik. Suatu kesalahan umum yang dilakukan oleh penulis rencana bisnis (termasuk farmasis) adalah menuliskan sesuatu terlalu teknis atau terperinci, hal sehingga hal tersebut akan gagal untuk mendapatkan perhatian dari para eksekutif, yang menjadi pengambil keputusan.

Pada bab ini akan mendiskusikan masalah praktis dalam pengembangan suatu rencana bisnis yang berhubungan dengan farmasi. Karena perencanaan bisnis adalah suatu aktivitas yang umumnya dikerjakan oleh semua ukuran organisasi, terdapat sumber daya yang besar pada topik ini. Beberapa panduan umum yang sangat baik untuk perencanaan bisnis telah tercantum pada bagian daftar pustaka di bab ini (Bangs, 1998; Cohen, 2001; Coke, 2001; O'Hara, 1995; Pinson dan Jinnat, 1999). Juga terdapat beberapa referensi yang spesifik untuk perencanaan bisnis di organisasi farmasi (Hagel, 2002; Philips dan Larson, 2002; Schneller, Powell, dan Solomon, 1998; Schumock, Stubbings, dan McBride, 2004; Tipton, 2001). Untuk lebih jelasnya, sumber-sumber buku kerja tentang perencanaan bisnis untuk pelayanan farmasi klinis juga tersedia dan mungkin akan berguna untuk mereka yang berada di dalam posisi mengembangkan suatu rencana bisnis aktual. (Schumock dan Stubbings, 2007).

■ KONSEP BISNIS

Praktik kefarmasian merupakan adalah suatu kombinasi yang unik dari pemberian pelayanan pasien dan pelaksanaan suatu bisnis, dan di sana terdapat banyak peluang untuk para farmasis untuk menciptakan pelayanan baru dan inovatif yang dapat memenuhi keduanya, baik kebutuhan pasien maupun mendapatkan keuntungan. Farmasis seharusnya tidak kehilangan semangat "berwirausaha" yang dibutuhkan untuk meningkatkan dan mengembangkan bisnis apotek serta mendapatkan banyak kemajuan dalam keprofesian tersebut. Perencanaan bisnis dimaksudkan agar seorang farmasis dapat melakukan hal ini.

Kondisi awal untuk memulai dengan suatu ide baru adalah dengan melakukan suatu evaluasi awal. Hal ini disebut dengan "penjelajahan konsep bisnis". Tujuan dari penjelajahan awal ini adalah untuk menentukan gagasan yang berguna bagi pengembangan rencana bisnis secara menyeluruh. Seperti halnya proses perencanaan lainnya, perencanaan bisnis bukan merupakan suatu tugas yang tidak penting. Untuk alasan tersebut, sangat disarankan untuk memastikan bahwa konsep tersebut menjadi salah satu hal yang layak untuk diluangkan waktu dan dikerahkan energi, dalam pengembangan perencanaan bisnis.

Evaluasi awal biasanya dimulai dengan mencari berbagai literatur. Pencarian literatur yang paling baik adalah ketika

dilakukan dengan menggunakan basis data elektronik seperti pada National Library of Medicine yang dapat dicari dengan menggunakan PubMed. Basis data lain dan mesin pencariannya juga tersedia di hampir semua perpustakaan medis. Istilah yang dicari harus konsisten dengan bidang yang diminati. Sebagai contoh, untuk mengidentifikasi artikel-artikel yang menjelaskan pelayanan konsultasi farmasi untuk perawatan di *nursing home*, Ted (dari skenario) dapat menggunakan istilah-istilah sebagai berikut untuk pencariannya: *farmasi klinis*, *konsultasi farmasi*, *pelayanan farmasi*, *nursing home*, dan *perawatan jangka panjang*. Literatur yang dicari dapat dibuat lebih spesifik dengan membatasi pencarian rentang data tertentu, jenis artikel (misalnya, laporan deskripsi atau kajian), atau jurnal spesifik yang dipublikasikan (contohnya, jurnal-jurnal farmasi), jika sesuai.

Cara lain untuk mengidentifikasi literatur utama yang menjadi minat kita adalah dengan menemukan ulasan literatur sistematis yang telah diterbitkan. Ulasan tersebut biasanya menyediakan kutipan-kutipan yang lebih luas dan mungkin telah dikategorikan berdasarkan jenis pelayanan kefarmasian atau kategori lain sesuai dengan minat kita. Sejumlah ulasan yang sangat komprehensif telah diterbitkan dan termasuk dalam kumpulan daftar pustaka pada bab ini (Hatoum dan Akhras, 1993; Hatoum et al., 1986; Plumridge dan Wojnar-Horton, 1998; Schumock et al., 1996, 2003; Willet et al., 1989).

Sumber informasi lainnya adalah Internet. Dengan membuat daftar istilah-istilah dalam pencarian terlebih dahulu, identifikasi sumber-sumber tambahan yang berkaitan dengan subjek yang diminati mungkin dapat dilakukan. Sebagai contoh, dengan mengetikkan pelayanan konsultasi farmasi (*consultant pharmacy services*) pada mesin pencari seperti Google, Ted akan menemukan situs Web dari American Society of Consultant Pharmacists (ASCP), yang menjadi master sumber-sumber yang tersedia mengenai topik tersebut. Akan tetapi, karena hampir seluruh pengguna Web yang berpengalaman akan mengenali, pencarian di Internet dapat menghasilkan banyak gangguan berupa situs atau referensi yang tidak berkaitan, sehingga menjadi tidak efisien. Beberapa situs Web memiliki tautan ke situs lain yang berhubungan yang akan sangat membantu.

Suatu situs Web yang mungkin sangat berguna untuk memperoleh akses informasi mengenai berbagai jenis pelayanan farmasi klinis yang berbeda adalah situs Web yang dibuat oleh Center for Pharmacoeconomic Research pada University of Illinois di Chicago College of Pharmacy. Situs ini dinamakan *VClinRx*, yang merupakan singkatan dari "Value of Clinical Pharmacy Services", dan ini merupakan basis data literatur yang dapat dicari mengenai pelayanan farmasi klinis. Hal tersebut dapat diakses di http://www.uic.edu/pharmacy/centers/pharmacoeconomic_research/.

Literatur primer dan literatur sekunder yang diidentifikasi di pencarian ini dapat memberikan berbagai informasi untuk memandu kita dalam mempelajari pada suatu konsep bisnis. Pertama, beberapa media publikasi ini utamanya akan berfungsi untuk menjelaskan pemahaman konsep bisnis dalam menciptakan suatu program atau pelayanan. Publikasi lainnya mungkin memberikan evaluasi aktual terhadap suatu program atau pelayanan. Sebagai contoh, suatu artikel mungkin berisi evaluasi dampak suatu pelayanan terhadap kesehatan pasien atau berisi bukti-bukti dampak finansial pada suatu program. Sesungguhnya, jenis informasi ini akan sangat berharga bagi setiap orang yang bermaksud mengimplementasikan pelayanan yang serupa. Kenyataannya, bagian dari proses mempelajari konsep bisnis dapat mencakup generalisasi hasil-hasil yang ditemukan pada literatur. Sebagai contoh, kombinasi hasil studi yang dipublikasikan serta perkiraan hasil klinis dan ekonomi yang diharapkan mungkin dapat dilakukan apabila suatu pelayanan diimplementasikan pada kondisi yang berbeda (Schumock, 2000; Schumock dan Butler, 2003; Schumock, Michaud, dan Guenette, 1999). Sumber daya juga tersedia untuk mengembangkan dan membuat suatu tipe pelayanan kefarmasian tertentu (American College of Clinical Pharmacy, 1994; Cooper, Saxton, dan Cameron, 2004).

Selain memperoleh pemahaman dari literatur, pen-jelajahan konsep bisnis harus mempertimbangkan ukuran dan daya terima pelanggan yang potensial terhadap jasa yang dimaksud. Suatu analisis awal tentang permintaan yang mungkin muncul berkaitan dengan jasa harus dilakukan. Analisis tersebut juga mencakup gambaran yang jelas tentang kebutuhan atas layanan yang akan diselenggarakan dan jumlah pelanggan potensial yang terdapat di pasar. Informasi mengenai pasar dapat berasal dari berbagai sumber. Data demografis terkait dengan tren yang ada di masyarakat biasanya tersedia pada situs Web negara atau kota atau dari U.S. Census Bureau. Badan kesehatan masyarakat tingkat lokal, negara, dan federal akan dapat menyediakan informasi tentang pola penyakit dan statistiknya. Informasi bahkan dapat diperoleh dari pelanggan yang ada atau potensial dengan cara mengadakan wawancara atau survei. Perusahaan di bidang konsultasi juga dapat membantu melakukan penilaian pasar terhadap program yang diajukan.

Saat informasi tentang pasar diperoleh, info tersebut dapat digunakan untuk mempertimbangkan pendapatan yang dapat dihasilkan oleh program tersebut. Perlu dicatat bahwa beberapa program akan tidak menghasilkan suatu pendapatan; namun, dapat mengurangi biaya—yang menjadikannya sama-sama penting. Lebih jauh, meskipun sebagian besar program dipersyaratkan untuk memberikan keuntungan finansial, pada beberapa kasus lain, keuntungan

yang tidak dapat dihitung dapat dianggap sama atau lebih penting (contohnya, keuntungan yang bersifat klinis).

Selama program yang diusulkan tampaknya memiliki pasar yang potensial dan dapat menghasilkan keuntungan finansial (atau keuntungan dalam bentuk lain) bagi organisasi, masalah selanjutnya adalah kemampuan program tersebut dalam mencapai sasaran yang spesifik pada rencana strategis organisasi. Sebagai contoh, jika rencana strategis sebuah rumah sakit memasukkan sasaran berupa perluasan secara vertikal pada pasar terkait pasar pelayanan kesehatan, seperti perawatan jangka panjang, pengajuan oleh bagian farmasi untuk memulai pelayanan konsultan farmasi akan sejalan dan mendukung sasaran tersebut.

Setelah melakukan penjelajahan awal tentang konsep bisnis, mungkin bijaksana bila kita mencari saran dari pihak lain sebelum memulai proses perencanaan bisnis secara menyeluruh. Di sini Ted dapat mempertimbangkan untuk mendiskusikan gagasan dengan pemegang saham utama organisasinya, termasuk individu atau pihak yang akan membuat keputusan akhir untuk menjalankan konsepnya. Sebagai contoh, Ted perlu memulai pembicaraan mengenai gagasan pelayanan konsultan farmasi seperti yang diusulkan pada skenario kepada eksekutif senior di rumah sakit, seperti CEO dan CFO. Ted juga dapat mengharapkan masukan dari pemegang saham utama di *nursing home* lokal, seperti direktur kedokteran medis, direktur keperawatan, dan administrator fasilitas-fasilitas tersebut. Jika penerimaan konsep tersebut positif, pengembangan rencana bisnis yang lengkap dapat dimulai.

■ LANGKAH-LANGKAH DALAM PENGEMBANGAN RENCANA BISNIS

Proses perencanaan bisnis serupa dengan tipe perencanaan lainnya sehingga konsisten dengan langkah-langkah umum yang didiskusikan pada Bab 3. Bagian ini menggambarkan langkah-langkah yang biasa diambil dalam proses perencanaan bisnis.

Penjelasan Bisnis atau Program

Seperti tipe perencanaan lain, tahap awal perencanaan bisnis adalah menjelaskan bisnis atau jasa yang diusulkan. Setelah konsep bisnis dipelajari (lihat teks sebelumnya), Ted mungkin akan telah mengembangkan suatu gagasan yang jelas tentang proposal bisnis. Dalam menyusun penjelasan bisnis tersebut, Ted harus mengembangkan pernyataan spesifik mengenai tujuan program. Pernyataan ini disebut juga *pernyataan misi* dan telah didiskusikan pada Bab 3. Misi tersebut akan mengkristalisasikan tujuan program dan membantu menyetir arah yang diambil pada langkah-langkah lain dalam proses perencanaan.

Pelaksanaan Riset dan Analisis Pasar

Langkah selanjutnya pada perencanaan bisnis (mengevaluasi pasar, mengevaluasi kompetitor, dan menilai persyaratan klinis dan kualitas) merupakan bagian dari analisis situasi yang dijelaskan pada proses perencanaan umum (lihat Bab 3). Istilah *pasar* maksudnya adalah pelanggan program ini. Suatu analisis tentang pelanggan potensial dari bisnis jelas merupakan latihan yang sangat penting, dan hal ini dapat dilakukan dalam beberapa cara. Pertama, pasar dapat digambarkan secara geografis. Sebagai contoh, organisasi dapat mengumpulkan data yang dapat memberikan proyeksi jumlah pelanggan di daerah yang berbeda.

Pada skenario, Ted ingin mengidentifikasi perbedaan *nursing home* dengan area sekitar rumah sakitnya. Pada setiap *nursing home*, Ted juga ingin mengidentifikasi jumlah pasien, jenis pasien, dan perbedaan karakteristik setiap fasilitas. *Nursing home* ini dan pasien-pasien di dalamnya akan menjadi pasar yang potensial untuk layanan tersebut.

Selain informasi mengenai *nursing home*, Ted juga harus tertarik pada demografi populasi di daerah tersebut. Ted ingin mengetahui jumlah dan persentase populasi lansia di daerah tersebut, dan tren yang berkaitan dengan usia populasi. Jika Ted menemukan bahwa masyarakat di daerah tersebut bertambah tua atau para lansia pindah ke daerah tersebut, bisnis yang diusulkan ini diprediksikan akan baik.

Ketika kita membahas tentang program layanan kesehatan, penting untuk dicatat bahwa istilah *pelanggan* tidak selalu bersinonim dengan *pasien*. Secara khusus, pelanggan program kefarmasian dapat berupa sesuatu atau seseorang selain pasien. Pada banyak kasus, pelanggan program kefarmasian antara lain dokter atau profesional layanan kesehatan lain. Pada skenario, pelanggan sebetulnya adalah individu di *nursing home* karena layanan yang diusulkan akan dibayar oleh *nursing home*. Dalam menganalisis pasar, Ted harus mengidentifikasi segmen pasar yang paling menarik untuk pelaksanaan program atau bisnis tersebut. Hal ini dikenal dengan *pasar target*. Pasar target dapat didasarkan pada tempat pasar khusus yang dapat memenuhi pelaksanaan program dan/atau kebutuhan khusus pelanggan.

Pelaksanaan Analisis Kompetitor

Komponen penting dalam analisis faktor eksternal adalah mengidentifikasi dan mengukur potensi kompetitor. Sasaran analisis kompetitor adalah untuk memahami karakteristik penyedia lain sehingga bisnis tersebut dapat diposisikan dengan lebih baik dibandingkan dengan kompetitor. Data tentang kompetitor terkadang sulit untuk diperoleh. Survei pelanggan, perbandingan harga, dan informasi yang umum tersedia (misalnya situs Web) harus diselidiki.

Suatu perbandingan harus dibuat terhadap karakteristik dan pangsa pasar pada setiap kompetitor dengan program yang diusulkan. Karakteristik seperti lamanya bisnis dalam waktu tahunan, jumlah pelanggan, persentase pasar (yakni, pangsa pasar), dan posisi produk atau jasa ceruk harus dibandingkan. Kekuatan dan kelemahan setiap kompetitor juga perlu ditinjau dan dibandingkan dengan kekuatan dan kelemahan bisnis yang diusulkan. Kategori kekuatan dan kelemahan yang dipertimbangkan antara lain kualitas pelayanan, kompetensi dan kualifikasi staf, pelayanan pelanggan, akses pelanggan, harga, teknologi atau inovasi, dan mekanisme pemberian layanan.

Pada pelayanan kesehatan, definisi *kompetitor* terkadang harus diperluas selain hal-hal yang kebanyakan nyata. Sebagai contoh, di lingkungan rumah sakit, suatu program kefarmasian yang baru sebenarnya dapat berkompetisi dengan profesi lain di dalam rumah sakit. Banyak pelayanan klinis lanjutan yang disediakan farmasis menggantikan fungsi profesi kesehatan lain, khususnya dokter. Hal ini benar-benar terjadi bahkan pada lingkungan rawat jalan. Sebagai contoh, suatu apotek yang menjalankan klinik imunisasi dapat berkompetisi dengan praktik dokter yang juga memberikan vaksin.

Pada kasus pelayanan konsultan farmasi yang diusulkan (skenario), Ted perlu mempertimbangkan kompetitor organisasi lain yang menyediakan pelayanan yang sama (pelayanan konsultan farmasi). Pada lingkungan *nursing home*, apotek retail lokal atau regional skala besar atau apotek perawatan jangka panjang nasional yang menyediakan obat-obatan kepada *nursing home* juga dapat menyediakan pelayanan konsultan farmasi. Pada beberapa kasus, farmasis secara individu menyediakan pelayanan ini pada satu atau dua *nursing home* yang berbasis konsultan mandiri.

Penilaian Persyaratan Klinis dan Kualitas

Pasar di bidang pelayanan kesehatan, dibandingkan bidang lainnya memiliki peraturan yang lebih ketat. Jadi, setiap orang yang mengusulkan suatu bisnis baru pada lingkungan yang teregulasi harus menyadari aturan-aturan di dalamnya sekaligus rencana untuk mematuhi. Oleh sebab itu, bagian dari proses perencanaan bisnis adalah untuk menganalisis aturan dan persyaratan yang dapat diaplikasikan. Analisis ini harus lebih luas daripada sekedar aturan hukum atau persyaratan yang wajib saja, tetapi seharusnya memasukkan standar-standar pilihan seperti standar yang didukung oleh organisasi profesi dan masyarakat; dan juga harus mencakup standar badan akreditasi dan pedoman lain atau harapan-harapan yang berhubungan dengan pelayanan yang diusulkan. Sesungguhnya, apotek tidak kebal terhadap peraturan. Pada sisi hukum, terdapat peraturan-peraturan federal, negara, dan kota/propinsi, undang-undang, anggaran

dasar, dan regulasi yang harus diikuti ketika aturan tersebut dapat diaplikasikan.

Pada pelayanan konsultan farmasi yang diusulkan (skenario), terdapat banyak perbedaan sumber panduan peraturan. Pertama, peraturan dari Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) mempersyaratkan bahwa fasilitas perawatan jangka panjang memberikan pelayanan konsultan farmasi dalam rangka kelayakan pada penggantian biaya oleh Medicare. Hal ini dan peraturan negara serupa harus ditinjau dengan jelas. Karena praktik kefarmasian diatur, terutama pada tingkat regulasi negara, undang-undang praktik kefarmasian tingkat nasional harus menaati peraturan-peraturan tersebut. Beberapa negara menyediakan peraturan yang secara spesifik berhubungan dengan pelayanan konsultan farmasi pada *nursing home*, sedangkan negara lain secara lebih umum berkaitan dengan pelayanan farmasi tanpa pemberian obat. Terakhir, ASCP menyediakan panduan dan sumber materi lain (contohnya, standar praktik atau panduan) kepada para anggotanya (Cooper, Saxton, Cameron, 2004).

Penilaian persyaratan klinis dan kualitas terhadap program yang diusulkan juga berarti merencanakan bagaimana agar dapat memenuhi standar-standar ini. Kepatuhan terhadap standar tersebut harus dipertimbangkan pada dasar permulaan sampai jangka waktu yang lama. Persyaratan klinis dan kualitas dapat juga mengharuskan perekrutan staf dengan kualifikasi tertentu, perkembangan proses kerja untuk memantau kualitas, dan implementasi teknologi atau prosedur dalam menjamin kepatuhan tersebut.

Penjelasan Proses dan Pelaksanaan

Proses perencanaan bisnis berubah dari analisis situasi awal menjadi lebih ke proyeksi dan pendekatan pengaturan sasaran dalam empat langkah berikut ini. Penjelasan rincian yang berhubungan dengan pelaksanaan bisnis yang direncanakan adalah langkah yang pertama. Langkah ini mencakup perencanaan struktur organisasi yang optimal (dengan suatu mata rantai pada organisasi yang lebih besar), tingkat kepegawaian, persyaratan personel, dan pelaporan hubungan-hubungan program tersebut. Jabatan personel, deskripsi pekerjaan, dan sejumlah *full-time equivalents*² (FTE) yang dibutuhkan pada setiap posisi harus ditentukan.

Perencanaan seharusnya juga memunculkan struktur fisik, peralatan, dan sumber daya yang dipersyaratkan untuk

menjalankan program. Hal ini termasuk perencanaan jenis peralatan, tata letak secara fisik, jenis mebel, dan sistem informasi. Terakhir, proses kerja harus direncanakan. Hal ini dapat dilakukan menggunakan diagram alur dan peralatan lain untuk merancang suatu penghubung dengan pelanggan dan pemberian pelayanan yang diusulkan. Diagram dapat digunakan untuk menunjukkan alur kerja di dalam suatu ruang, jika sesuai; suatu contoh ruang kerja untuk sebuah klinik pemantauan antikoagulasi yang dijalankan apotek ditunjukkan pada Gbr. 4-1. Pelaksanaan yang direncanakan harus mencukupi untuk menentukan kapasitas beban kerja program. Sehubungan dengan itu, strategi harus direncanakan untuk menghadapi permintaan yang ekstrem (baik beban kerja yang tidak mencukupi atau berlebih).

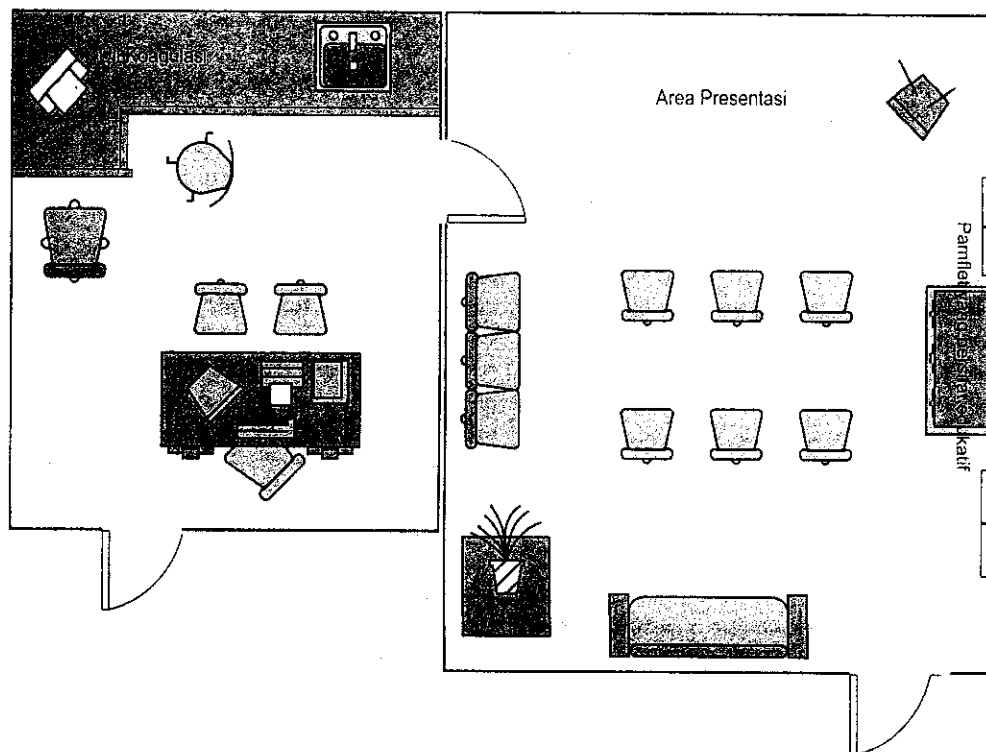
Perencanaan proses dan pelaksanaan membantu memperjelas praktik, aktivitas harian yang terjadi pada program. Jenis perencanaan ini menyediakan informasi penting yang dibutuhkan pada langkah proses perencanaan bisnis selanjutnya (contohnya, untuk pengembangan perencanaan finansial).

Pada usulan konsultasi farmasi, perencanaan proses dan pelaksanaan akan meliputi perkiraan jumlah dan jenis farmasi (atau staf lain) yang akan dibutuhkan untuk menyediakan pelayanan yang diusulkan. Ted juga akan perlu untuk menentukan persyaratan tugas (misalnya, harus sudah menyelesaikan program geriatrik bersertifikat) dan memiliki perkiraan gagasan tentang deskripsi kerja untuk setiap posisi. Berkenaan dengan struktur organisasi, dia akan perlu menentukan farmasi konsultan yang harus melapor dan tempat bisnis ini berada di antara struktur organisasi departemen farmasi pada rumah sakit tersebut. Proses kerja farmasi konsultan juga perlu dijelaskan, bersama bantuan tugas yang dibutuhkan di dalam proses ini (contohnya, informasi obat secara elektronik atau sistem dokumentasi). Kebijakan atau prosedur penting yang mengatur aktivitas dan pengambilan keputusan pada program dan staf juga harus ditentukan. Metode komunikasi antara farmasi konsultan dan personel *nursing home* (yaitu, dokter, perawat, dan administrator) harus di perjelas. Proses perencanaan ini juga harus mencakup identifikasi sistem pemantauan beban kerja serta untuk pembiayaan *nursing home* dalam penyediaan pelayanan tersebut. Banyak rincian dalam pelaksanaan lainnya juga akan perlu untuk dikembangkan pada proses perencanaan ini.

Pengembangan Strategi Pemasaran

Langkah kedua dalam pengaturan sasaran adalah memperjelas strategi pemasaran. Strategi pemasaran seharusnya berdasarkan informasi yang dikumpulkan pada langkah-langkah terdahulu pada proses perencanaan bisnis, khususnya analisis pasar dan kompetitor. Strategi pemasaran harus mengidentifikasi target

² Suatu full time equivalent (FTE) adalah nilai yang digunakan untuk mengukur waktu atau jam kerja yang aktual atau dialokasikan dalam suatu organisasi. Satu FTE setara dengan 2080 jam per tahun (atau 40 jam per minggu, 52 minggu per tahun). Staf paruh-waktu terhitung kurang dari FTE yang penuh. Sebagai contoh, seorang staf yang bekerja 20 jam per minggu setara dengan 0,5 FTE.



Gambar 4-1. Diagram usulan area kerja klinik pemantauan antikoagulasi yang dijalankan oleh apotek.

pasar untuk suatu program dan mengembangkan rencana untuk memperoleh bisnis pasar tersebut. Rencana ini harus meliputi cara-cara berkomunikasi kepada pelanggan dan pesan yang harus disampaikan kepada mereka. Strategi pada bisnis baru perlu dipisahkan menjadi rencana pemasaran awal dan rencana pemasaran berkelanjutan. Rencana pemasaran awal menjelaskan tentang aktivitas yang bersifat promosi dan sasaran pasar pada periode secara langsung sebelum dan sesaat setelah implementasi program baru. Rencana pemasaran berkelanjutan menjelaskan tentang promosi dan sasaran pasar pada periode waktu yang lebih lama. Sumber daya tersedia untuk membantu pengembangan rencana pemasaran terkait-apotek (Doucette dan McDonough, 2002; Holdford, 2003).

Rencana pemasaran untuk pelayanan konsultan farmasi (skenario) sebagian besar akan bergantung pada status terkini pelayanan yang sejenis pada area *nursing home*. Hal ini kemungkinan bahwa pasar meliputi semua *nursing home* di wilayah yang terbatas secara geografis di sekitar rumah sakit. Akan tetapi, mungkin keinginan Ted untuk menargetkan pelayanan hanya pada *nursing rumah* terluas (yaitu memiliki lebih dari 500 tempat tidur) atau kepada mereka yang memiliki kemampuan yang tinggi (atau beberapa karakteristik target lainnya). Biasanya pengurus *nursing home* mengambil keputusan untuk mengontrak pelayanan konsultan farmasi (dengan input dari staf medis dan keperawatan); oleh

sebab itu, rencana komunikasi harus difokuskan pada individu-individu tersebut. Metode yang paling baik dalam mengomunikasikan informasi tentang program adalah dengan kunjungan yang berhadapan langsung (*face to face*) oleh Ted dengan para pengurus yang bertanggung jawab pada *nursing home* yang termasuk dalam target pasar. Rencana pemasaran dapat meminta memperoleh kontrak dengan hanya sepasang *nursing home* pada enam bulan pertama program tersebut, namun kemudian meningkat secara berangsur-angsur satu *nursing home* setiap enam bulanan. Strategi pemasaran berkelanjutan akan selaras dengan hal ini.

Pengembangan Perencanaan Finansial

Langkah yang mungkin paling penting pada proses perencanaan bisnis adalah pengembangan perencanaan finansial untuk suatu program. Kebanyakan program yang tidak memiliki rasio keuntungan terhadap biaya yang positif biasanya tidak akan diterima. Jadi, suatu program harus bersifat dapat menghasilkan keuntungan. Ketika suatu program menghasilkan pendapatan lebih dipilih, pelayanan apotek mungkin dapat dipertimbangkan berdasarkan pengurangan biaya-biaya. Sebagai contoh, pelayanan klinik terhadap takaran dosis antibiotik di rumah sakit dapat mengurangi biaya-biaya antibiotik dan mengurangi lama tinggal pasien,

namun tidak menghasilkan pendapatan. Jika keuntungan finansial dari pelayanan takaran dosis (misalnya, pengurangan biaya pengeluaran) melebihi biaya terkait dengan penyediaan program tersebut (misalnya, gaji apoteker), program tersebut termasuk sehat finansial. Jadi, dimungkinkan terdapat keuntungan tambahan dari pelayanan takaran dosis, seperti perbaikan kondisi pasien, yang juga akan bersifat baik dalam keberterimaannya.

Proses perencanaan bisnis harus mengandung analisis terhadap kedua hal, yaitu biaya yang akan dibutuhkan untuk menyelenggarakan pelayanan dan keuntungan finansial yang dapat diperoleh sebagai hasil dari program tersebut. Deskripsi yang lebih detail mengenai metode untuk memperkirakan perhitungan ini tersedia di literatur lain (Schumock, 2000). Perhitungan yang terlibat pada proses perencanaan ini dapat dibantu dengan penggunaan lembar lajur finansial. Satu set lembar lajur finansial yang dirancang untuk membuat perencanaan finansial tersedia kepada mereka yang berada pada posisi yang perlu mengembangkan rencana bisnis (Schumock and Stubbings, 2007). Laporan keuangan pendapatan dan pengeluaran, yang mendata pendapatan menurut kategorinya, pengeluaran berdasar kategorinya, dan laba bersih setiap tahun untuk periode 3 sampai 5 tahunan, merupakan hal yang paling bermanfaat. Sebagai contoh perencanaan pendapatan dan pengeluaran untuk pelayanan konsultan farmasi (skenario) ditunjukkan pada Tabel 4-1.

Pada pengembangan perencanaan finansial, pendapatan (jika ada) harus berdasarkan kapasitas bisnis yang diantisipasi, perubahan ke kapasitas yang diharapkan pada periode waktu tertentu, dan pemasukan per unit jasa/pelayanan. Informasi tentang pembayaran jasa farmasi dapat membantu dalam memperkirakan pendapatan potensial dari pelayanan yang diusulkan (American College of Clinical Pharmacy, 1999; Larson, Uden, dan Hadsall 2000; Vogenberg, 2006). Pengurangan pendapatan (perjanjian kontrak) harus dipertimbangkan dalam perhitungan ini, sebagaimana seharusnya peningkatan jumlah yang dikenai pembayaran untuk jasa di masa mendatang. Pengeluaran-pengeluaran juga harus diperkirakan. Jika program tersebut membutuhkan investasi modal yang signifikan, pengeluaran-pengeluaran tersebut harus diturunkan selama masa waktu investasi tersebut dan dihitung dengan sesuai. Investasi lain yang dibutuhkan untuk memulai program juga harus ditunjukkan pada estimasi finansial. Biaya berkelanjutan, seperti gaji dan keuntungan, peralatan yang bersifat minor, persediaan, sewa, dan biaya taklangsung lain, harus dikategori dan dicatat. Biaya-biaya yang dianggap bervariasi harus dinaikkan secara proporsional terhadap perubahan-perubahan kapasitas yang diharapkan. Semua biaya harus dinaikkan setiap tahun berdasarkan inflasi, *consumer price index* (CPI), atau bukti lain dari kenaikan yang diharapkan pada biaya barang atau jasa.

Identifikasi Rencana Aksi

Langkah selanjutnya pada proses perencanaan bisnis adalah menjelaskan tujuan utama dan rencana aksi pada implementasi dan pelaksanaan program. Rencana aksi ini harus merinci tanggal mulai dan selesai serta mendata tanggung jawab per individu untuk setiap tugas pentingnya dalam memenuhi sasaran rencana bisnis. Rencana aksi harus mencakup pemantauan secara periodik dan penilaian kinerja (misalnya, klinis, finansial, atau lainnya) program tersebut. Bagan Gantt merupakan salah satu metode untuk menggambarkan rencana aksi secara visual. Satu contoh bagan Gantt untuk pelayanan konsultasi farmasi jangka panjang ditunjukkan pada Gambar 4-2.

Penilaian Risiko Kritis dan Peluang

Langkah utama lainnya pada proses perencanaan bisnis adalah menentukan risiko penting dan peluang dari program yang diusulkan. Hal ini sama pentingnya dengan analisis SWOT yang ditampilkan pada Bab 3, kecuali bahwa bisnis yang sedang dievaluasi merupakan suatu usulan dan bukan yang sudah ada sebelumnya. Ketika hal ini dapat terlihat lebih masuk akal untuk melaksanakan analisis SWOT sebelumnya pada proses perencanaan bisnis, sebagaimana dilakukan pada perencanaan strategis, karena program ini masih dalam tahap usulan, beberapa pertimbangan utama untuk analisis ini harus berasal dari langkah-langkah sebelumnya, seperti analisis finansial, sehingga hal ini dilakukan lebih akhir pada proses.

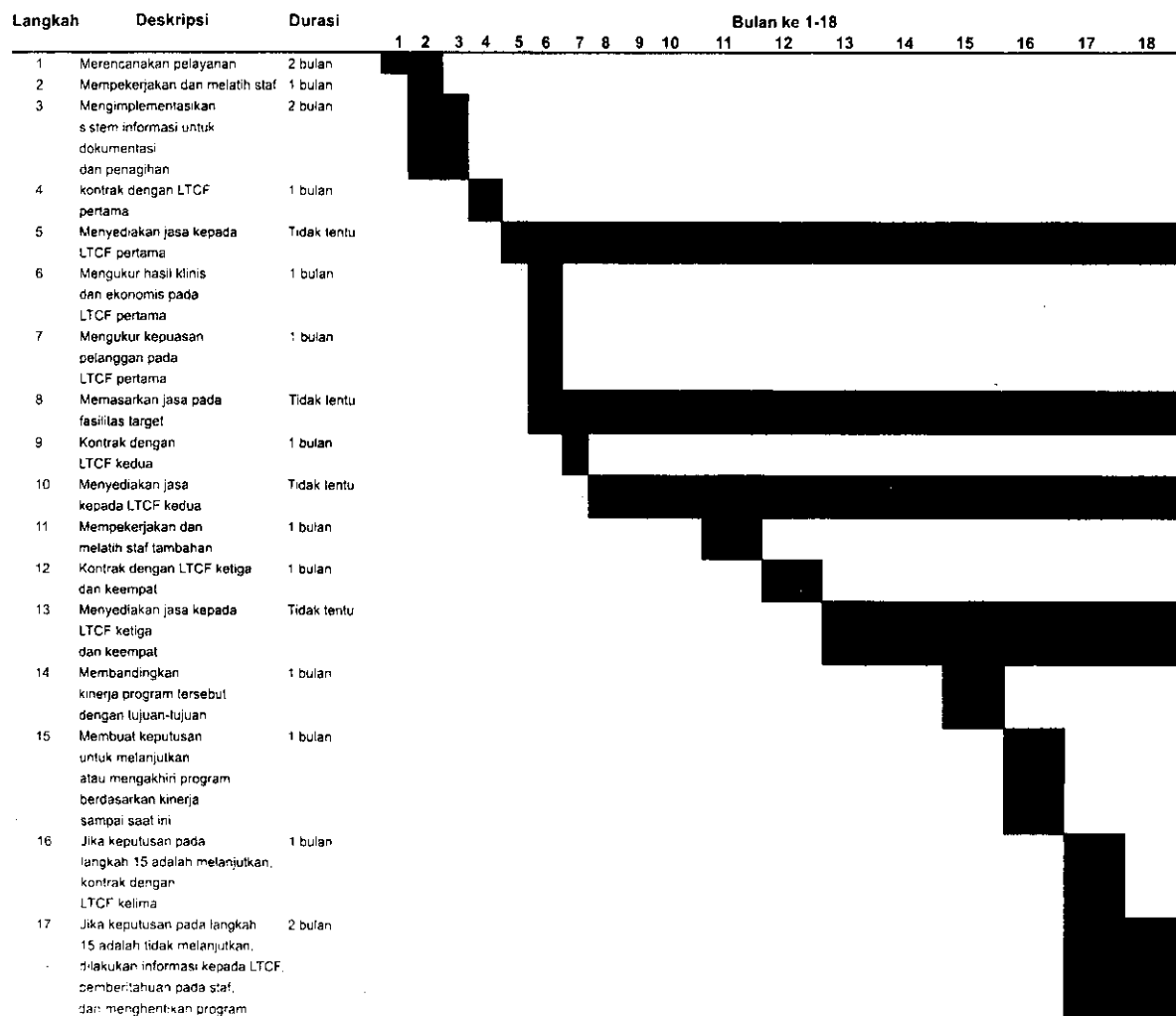
Contoh analisis SWOT untuk program pelayanan konsultasi farmasi pada perawatan jangka panjang yang diusulkan, ditunjukkan pada Tabel 4-2 dan 4-3. kekuatan dan kelemahan merupakan karakteristik internal, sedangkan peluang dan ancaman merupakan karakteristik lingkungan bisnis eksternal. Beberapa faktor dapat dipertimbangkan ketika mengadakan analisis ini. Faktor-faktor yang dipertimbangkan dapat bervariasi tergantung pada jenis dan lingkungan bisnis tersebut.

Penetapan Rencana Pengakhiran

Langkah akhir pada proses perencanaan adalah mengembangkan suatu rencana pengakhiran. Rencana pengakhiran merupakan suatu protokol resmi dalam menentukan kapan dan mengapa sebuah keputusan akan dibuat untuk mengakhiri program. Rencana pengakhiran juga menjelaskan langkah-langkah yang akan diambil jika keputusan tersebut dibuat.

Keputusan untuk mengakhiri suatu program biasanya didasarkan pada kegagalan bisnis dalam memenuhi sasaran yang telah ditentukan sebelumnya (finansial atau lainnya).

Gambar 1. Perkiraan Rata-rata dan Pengeluaran dalam Program Pelayanan Konsultasi Farmasi, Tahun 15					
	Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3	Tahun 4	Tahun 5
Pendapatan operasional					
Penerimaan dari jasa	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000
Penerimaan dari penjualan	0	0	0	0	0
Penerimaan dari investasi	0	0	0	0	0
Penerimaan dari pinjaman	0	0	0	0	0
Penerimaan dari sponsor	0	0	0	0	0
Penerimaan dari lain-lain	0	0	0	0	0
Total	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000
Pengeluaran operasional					
Gaji	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000
Uang makan	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Uang listrik	0	0	0	0	0
Suplai medis	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000
Peralatan	0	0	0	0	0
Pendidikan dan pelatihan	0	0	0	0	0
Pembelian barang dan jasa	318	318	318	318	318
Kontribusi	0	0	0	0	0
Lain-lain	0	0	0	0	0
Total	356.000	356.000	356.000	356.000	356.000
Pajak dan kontribusi	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000
Sewa	12.500	12.500	12.500	12.500	12.500
Biaya listrik	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500
Biaya peralatan	13.000	13.000	13.000	13.000	13.000
Uang telepon	8.300	8.300	8.300	8.300	8.300
Asuransi	900	900	900	900	900
Biaya lain-lain	16.500	16.500	16.500	16.500	16.500
Beban piutang tak terutang	0	0	0	0	0
Penyusutan gedung	0	0	0	0	0
Penyusutan peralatan	0	0	0	0	0
Total biaya operasional	462.885	462.885	462.885	462.885	462.885
Pendapatan bersih (debet)	41.315	41.315	41.315	41.315	41.315
Aktiva bersih pada awal periode	350.000	350.000	350.000	350.000	350.000
Aktiva bersih pada akhir periode	391.315	391.315	391.315	391.315	391.315



Gambar 4-2. Contoh bagan Gantt untuk program pelayanan konsultasi farmasi dalam jangka panjang.

Pada umumnya, setiap bisnis baru menetapkan rentang waktu tertentu untuk memenuhi sasaran yang telah ditentukan sebelumnya (18 sampai 24 bulan). Banyak organisasi tidak mempunyai mekanisme yang telah diatur untuk membuat keputusan penghentian dan sebagai gantinya membiarkan bisnis tersebut jatuh dan mungkin terus kehilangan uang. Hal yang lebih bijaksana dilakukan adalah dengan memiliki suatu acuan jelas yang dapat membandingkan program tersebut dan keputusan dapat dibuat dengan segera dan pasti.

Jika keputusan yang dibuat adalah mengakhiri program, harus ada tindakan yang jelas bagaimana bisnis tersebut diakhiri. Pertama, harus ada rencana untuk kapan dan bagaimana pelanggan diberitahu. Lebih jauh, pada beberapa kasus, penting untuk menyediakan informasi bagi para pelanggan mengenai pihak lain yang dapat menyediakan jasa tersebut kemudian menjadwalkan transisi yang rapi.

Kedua, harus ada rencana bagaimana karyawan akan diberitahu. Rencana tersebut dapat berisi upaya-upaya untuk menempatkan karyawan di area lain pada organisasi atau tempat lainnya, jika ada, paket kompensasi yang mungkin tersedia. Ketiga, harus ada rencana tentang bagaimana fasilitas, peralatan, dan modal lain (*modal* akan didiskusikan pada Bab 18) akan dijual atau dipindahkan. Suatu rencana pengakhiran program dapat melibatkan proses pemindahan pengendalian program dari satu organisasi atau satu unit administratif kepada pihak lain.

■ KOMUNIKASI RENCANA BISNIS

Pada umumnya, terdapat dua komponen untuk mengomunikasikan kerja yang dipenuhi dalam perencanaan. Pertama, pembuatan dokumen tertulis—rencana bisnis yang

Kekuatan dan Kelemahan Internal pada Program Pelayanan Konsultasi Farmasi		
Faktor	Kekuatan	Kelemahan
Profitabilitas	Sebagai program baru yang terkait dengan rumah sakit, pengeluaran relatif minimal sehingga profitabilitas menjadi tinggi. Program ini juga dapat berbagi staf dengan rumah sakit sehingga mengurangi biaya gaji.	
Kualitas	Sebagai program baru, organisasi mempunyai keterbatasan pengalaman yang spesifik pada lingkungan perawatan jangka panjang. Hal ini dapat membahayakan kualitas pada awalnya.	
Pelayanan Pelanggan	Karena program ini kecil (sedikitnya pada awalnya), program mampu menyediakan perhatian yang lebih besar kepada pelanggan dan sehingga dapat memberikan pelayanan dengan kualitas yang lebih baik.	
Staf	Karena para farmasisi yang terakumulasi dalam program ini mempunyai pengalaman di rumah sakit, mereka memiliki tingkat pengetahuan klinis melebihi pengetahuan sebagian besar kompetitor.	
Operasional	Karena program ini berhubungan dengan rumah sakit, program dapat ber-sandanya pada departemen farmasi rumah sakit, seperti sebagai cadangan selama waktu diidatkan kerja.	Karena program ini kecil dan baru, pada bisnis ini, dapat terjadi keterbatasan efisiensi.

sebenarnya. Kedua, presentasi rencana bisnis secara verbal, biasanya sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan secara resmi.

Penulisan Rencana Bisnis

Seperti penjelasan sebelumnya, penulisan rencana bisnis adalah bagian yang sangat penting dari perencanaan bisnis. Rencana bisnis harus informatif dan seimbang pada laporan proposalnya. Dokumen harus mencantumkan personel yang spesifik di dalam pikiran (pengambil keputusan finansial). Hal ini seharusnya mudah dibaca dan dimengerti sehingga harus menguasai dengan tepat tentang organisasi, tata bahasa, pemberian tanda baca, dan struktur kalimat.

Isi rencana bisnis pada umumnya mengikuti suatu urutan materi yang bersifat unik untuk tipe perencanaan ini. Contoh daftar isi pada rencana bisnis sederhana ditunjukkan pada Tabel 4-4. Perlu diperhatikan bahwa isi rencana bisnis akan bervariasi berdasarkan industri, bisnis yang diusulkan, dan kebutuhan organisasinya. Rencana yang lebih detail dapat dipersyaratkan pada industri-industri tertentu.*

Rencana bisnis harus dimulai dengan *ringkasan organisasi*. Ringkasan ini harus singkat (satu atau dua halaman), namun harus terdapat poin utama pada proposal tersebut. Ringkasan organisasi harus dapat menangkap perhatian dari pembaca.

Pada rencana bisnis tertulis yang buruk dapat terbentuk pandangan yang negatif oleh pembaca mengenai program tersebut dan membaca tidak lebih dari ringkasan organisasi. Hal ini menggambarkan pentingnya gaya penulisan yang menarik dan bebas dari kesalahan. Karena posisinya dalam dokumen, ringkasan organisasi jelas merupakan bagian rencana yang paling penting. Selain ringkasan organisasi, suatu rencana juga harus dimulai dengan daftar isi. Hal ini akan membantu baik bagi penulis untuk mengatur rencana dan membantu pembaca dalam mengarahkan dokumen tersebut.

Bagian kedua dari rencana bisnis adalah *latur belakang dan deskripsi*. Di sini, pada urutan yang logis, suatu rencana harus menjelaskan rasionalitas dari suatu program atau

* Seperti contoh lainnya, isi rencana bisnis yang diusulkan untuk suatu usaha yang berorientasi pada profit mencakup ringkasan organisasi, pendahuluan/sinopsis, gagasan usaha, industri secara menyeluruh, riset pasar/kompetisi, rencana produksi/sumber daya, rencana pelayanan/pemberian layanan, rencana pemasaran/penjualan, rencana manajemen, rencana sumber daya manusia, rencana kepemilikan/organisasi, rencana finansial, rencana pembiayaan, rencana pengembangan/penghentian, rencana pengimplementasian, rencana hal-hal tak tentu/takterduga, dan rencana penilaian/evaluasi.

Peluang dan Ancaman Eksternal bagi Program Pelayanan Konsultasi (Farmasi)		
Faktor	Peluang	Ancaman
Kompetisi	Karena kompetitor juga menyediakan produk-produk kefarmasian, mereka dapat dihindari. Kita bias dalam rekomendasi klinis yang mereka buat. Sebagai alternatif program yang diusulkan tidak menyediakan produk-produk farmasi sehingga lebih bersifat objektif.	Kompetitor sudah kuat, baik skala besar dan kecil. Secara insidental, kompetitor juga menyediakan produk farmasi kefarmasian yang mungkin dibutuhkan pada masa yang akan datang. Kompetitor baru mungkin dapat menargetkan pasar lokal.
Teknologi	Kompetitor memiliki sistem informasi mutakhir dan berpengalaman dengan sistem ini.	
Peraturan	Pelayanan konsultasi farmasi telah diberikan amanat oleh hukum negara. Oleh sebab itu, <i>nursing home</i> harus mendapat persetujuan atau kontrak dengan penyedia jasa farmasi.	
Penggantian biaya	Dengan semakin buruknya ekonomi, baik pemerintah federal maupun negara dapat mengurangi penggantian biaya dari Medicare dan Medicaid sampai kepada <i>nursing home</i> . Jadi, fasilitas ini dapat keluar dari bisnis atau memiliki dana yang kurang mencukupi untuk menggantikan biaya kepada kita atas jasa program tersebut.	
Biaya	Gaji farmasis meningkat dengan cepat karena kekurangan pasar tenaga kerja. Gaji ini akan membuat biaya membengkak, sehingga menyulitkan program untuk menghasilkan pendapatan.	
Pasar/Pelanggan	Populasi terus menua sehingga akan ada lebih banyak lagi <i>nursing home</i> pada masa yang akan datang.	

pelayanan (misalnya, kebutuhan perawatan pasien) dan menyediakan penjelasan tentang mengapa organisasi ini dipersiapkan untuk memenuhi kebutuhan ini. *Peluang pelayanan* menyediakan kepada pembaca tentang suatu gambaran mengenai tujuan program yang diusulkan dan harus mengarah secara langsung kepada suatu deskripsi tentang *misi resmi bisnis* tersebut. Terakhir, bagian ini harus menyediakan rincian lain yang akan membantu menjelaskan pelayanan tersebut, termasuk data yang harus diperoleh dari literatur atau sumber lainnya.

Bagian selanjutnya dalam rencana bisnis adalah *analisis dan strategi pasar*. Pada beberapa kasus, analisis pasar ditampilkan sebagai bagian yang terpisah dari strategi pemasaran. Pada kasus yang berbeda, analisis pasar merupakan bagian dari analisis situasi yang dilakukan selama perencanaan, sedangkan strategi pemasaran merupakan bagian dari elemen-elemen pengaturan sasaran dan pengembangan strategi dalam perencanaan. Pada dokumen rencana bisnis, hal-hal ini terkadang ditampilkan bersamaan karena mengarah pada topik umum yang sama.

Bagian utama yang keempat pada rencana bisnis adalah *struktur dan proses operasional*. Secara singkat, bagian ini menjelaskan bagaimana program tersebut akan dijalankan.

Bagian dari dokumen ini harus menyediakan rincian tentang bagaimana pelayanan akan disediakan dan oleh siapa—dengan kata lain, proses kerja yang akan terjadi. Hal ini harus mencakup informasi tentang bagaimana pelanggan akan terhubung dengan program ini. Struktur organisasi, jumlah dan jenis karyawan, serta peralatan dan sumber daya lain yang digunakan pada operasional program harus dideskripsikan. Bagian ini juga harus mencantumkan definisi persyaratan peraturan, persyaratan klinis, dan kualitas yang dapat diaplikasikan pada bisnis dan deskripsi tentang bagaimana persyaratan-persyaratan ini akan dipenuhi.

Bagian utama kelima dari rencana adalah *perencanaan finansial* atau *finansial pro forma*. Bagian ini mengidentifikasi perkiraan pengeluaran dan pendapatan selama 3-5 tahun pertama program tersebut. Investasi yang dibutuhkan untuk memulai dan menjalankan program harus dijelaskan, seperti biaya-biaya permulaan usaha atau biaya berkelanjutan (atau biaya operasional) dan harus diatur berdasarkan kategori biaya (misalnya, gaji, peralatan, dan modal). Data finansial paling baik ditampilkan dalam bentuk laporan pendapatan dan pengeluaran (kadang-kadang dikenal sebagai *laporan laba dan rugi*), seperti yang ditunjukkan pada Tabel 4-1.

Daftar Isi Umum Rencana Bisnis

1. Ringkasan organisasi (*executive summary*)
2. Latar belakang dan deskripsi
3. Analisis dan strategi dasar
4. Model untuk proses operasional
5. Memerlukan analisis
6. Analisis keuangan dan risiko
7. Risiko kritis dan peluang
8. Strategi pemasaran
9. Kesimpulan
10. Dokumentasi pendukung (misalnya *letter of support*)

Bagian keenam dari rencana bisnis menjelaskan *rintisan, skedul, dan rencana aksi* untuk program tersebut. Batas waktu harus dijelaskan yang mencakup pemenuhan-pemenuhan utama serta sasaran program untuk implementasinya dan melalui 3 hingga 5 tahun pertama dan dapat mencakup pertumbuhan jangka panjang serta perluasan tujuan-tujuan. Rencana aksi dapat juga meliputi tugas-tugas yang bersifat tanggung jawab dan hal ini sering ditampilkan sebagai bagan Gantt.

Bagian berikutnya dari rencana bisnis menjelaskan *risiko kritis dan peluang* bisnis. Pada bagian ini, rencana harus menguraikan kekuatan dan kelemahan utama pada bisnis yang diusulkan dan menjelaskan peluang dan risiko yang berkaitan dengan program tersebut jika diimplementasikan (seperti yang dirumuskan dalam analisis SWOT). Informasi ini, baik yang positif maupun negatif, harus ditampilkan dalam suatu cara yang tidak bias sehingga keputusan yang diinformasikan dapat dibuat mendekati kemajuan bagi program tersebut.

Rencana bisnis harus mencakup diskusi singkat mengenai apa yang akan terjadi jika bisnis tersebut mengalami kegagalan. Dalam hal ini, strategi penghentian (*exit strategy*) atau strategi situasi darurat (*contingency strategy*) harus dijelaskan secara spesifik kapan dan bagaimana suatu keputusan dibuat untuk mengakhiri bisnis tersebut. Bagian ini kemudian harus menguraikan suatu rencana mengakhiri bisnis tersebut. Rencana ini dapat mencakup topik-topik seperti apa yang dilakukan terhadap pasien atau pelanggan yang sudah ada (misalnya, dirujuk ke penyedia layanan lainnya), apa yang akan terjadi pada staf yang ada (misalnya, kembali ditugaskan di divisi-divisi lain pada organisasi tersebut atau dilakukan pemutusan kerja), serta bagaimana peralatan dan sumber daya dapat diatur.

Bagian yang terakhir dari rencana bisnis adalah *kesimpulan*. Kesimpulan harus singkat dan dengan cepat merangkum dokumen. Hal yang paling penting, kesimpulan harus menyediakan rekomendasi berkenaan dengan keputusan

bisnis yang diusulkan. Setelah kesimpulan, yaitu *lampiran-lampiran* atau *materi tambahan*. Dokumentasi yang bersifat mendukung, tabel-tabel, gambar-gambar, laporan keuangan, dan/atau *letter of support* harus dilampirkan pada rencana bisnis dalam rangka berkolaborasi dengan uraian tertulis atau untuk menampilkan materi dalam metode yang lebih detail.

Presentasi Rencana

Presentasi rencana bisnis secara verbal dapat sama pentingnya dengan dokumen tertulis. Pada sebagian besar organisasi, mereka yang sedang mencoba untuk mengimplementasikan program-program baru harus menampilkan rencana bisnis sebelum ke suatu unit, biasanya terdiri dari pimpinan-pimpinan senior di perusahaan.

Suatu presentasi verbal yang baik dapat mengarah kepada pengumpulan dukungan positif bagi rencana bisnis. Ciri khusus suatu presentasi verbal dapat menambah dinamika bagi proses pengambilan keputusan yang tidak terdapat pada dokumen tertulis. Topik ini, termasuk politik, dinamika kelompok, dan interaksi personal, dapat bersifat positif maupun negatif. Dalam kasus lainnya, dinamika ini harus diantisipasi dan dapat diperkuat atau diambil alih bergantung pada situasi.

KESIMPULAN

Setelah membaca bab ini, teman kita Ted Thompson harus siap untuk mengemban tanggung jawab yang diberikan kepadanya di skenario. Ted, sebagai orang yang pintar, akan mengenali dengan cepat bahwa pengembangan rencana bisnis bagi program pelayanan konsultasi farmasi yang diusulkan akan menjadi tugas yang penting. Ted akan mendapatkan saran-saran dengan baik untuk mencari bantuan dari pihak lain saat memulai proses perencanaannya. Sebagai contoh, Ted mungkin ingin membentuk suatu tim yang mencakup perwakilan-perwakilan dari departemen keuangan rumah sakit, farmasi lainnya yang dapat terlibat dalam program, dan bahkan mungkin dokter atau perawat yang berpengalaman pada perawatan jangka panjang. Tim yang dibentuk kemudian dapat memulai proses perencanaan rencana bisnis seperti yang diuraikan pada bab ini. Ketika proses ini selesai, Ted dan atasannya (DOP) akan perlu mengikuti jalur-jalur administratif yang sesuai pada organisasi tersebut demi mendapatkan persetujuan dari para pengambil keputusan utama di rumah sakit.

Jelas, perencanaan bisnis merupakan cara yang penting untuk mencapai keberterimaan dan pemahaman yang lebih mendalam tentang pelayanan farmasi masa kini. Para lulusan farmasi baru harus memahami dan mampu membuat rencana bisnis yang akan memberikan justifikasi suatu investasi baru

atau berkelanjutan pada jenis pelayanan ini. Kemungkinan besar kebanyakan lulusan baru akan diharapkan untuk mengembangkan atau membantu untuk mengembangkan rencana bisnis bagi program farmasi pada beberapa titik karir mereka. Jadi, kemampuan tersebut akan memberikan keuntungan bagi farmasis, pemilik perusahaan, dan pasien. Jika diterima, program baru tersebut dapat menjadi sebuah peluang untuk menyediakan pelayanan yang baru atau unik—sehingga meningkatkan kepuasan kerja. Jika demikian, program baru tersebut dapat menghasilkan pendapatan atau menghemat biaya di berbagai bagian dalam sistem—sehingga menguntungkan pemilik perusahaan. Pasien, dokter, perawat, dan lainnya yang menjadi penerima program ini juga akan mendapatkan keuntungan.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Lakukan pencarian literatur untuk mengidentifikasi artikel-artikel yang relevan dengan usulan bisnis yang dideskripsikan pada skenario. Berapa banyak artikel yang kalian temukan, dan seberapa bergunakah artikel-artikel tersebut dalam memahami konsep bisnis?
2. Buat suatu pasar yang bersifat hipotetis dan analisis kompetitor, dan kembangkan suatu strategi pemasaran untuk program pelayanan konsultasi farmasi. Segmen pasar mana yang penting bagi bisnis ini? Apa saja kekuatan dan kelemahan dari pelayanan yang diusulkan dibandingkan dengan kekuatan dan kelemahan dari kompetitor yang potensial?
3. Biaya-biaya apa saja yang penting, yang akan terjadi jika sebuah program pelayanan konsultasi farmasi diimplementasikan? Kelompokkan biaya-biaya tersebut ke dalam biaya tetap atau tidak tetap.
4. Jelaskan mengapa Anda berpikir bahwa memahami perencanaan bisnis merupakan hal penting bagi farmasis? Perubahan-perubahan apa yang terjadi pada lingkungan pelayanan kesehatan yang membuat perencanaan bisnis bahkan menjadi lebih penting?

REFERENSI

- American College of Clinical Pharmacy. 1994. Establishing and evaluating clinical pharmacy services in primary care. *Pharmacotherapy* 14:743-58.
- American College of Clinical Pharmacy. 1999. *How to Bill for Clinical Pharmacy Services*. Kansas City, MO: American College of Clinical Pharmacy.
- Bangs DH. 1998. *The Market Planning Guide: Creating a Plan to Successfully Market Your Business Product or Service*, 5th ed. Chicago: Upstart Publications.
- Cohen DJ. 2001. *The Project Manager's MBA: How to Translate Project Decisions into Business Success*, 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Coke A. 2001. *Seven Steps to a Successful Business Plan*. New York: American Management Association.
- Cooper JK, Saxton C, Cameron KA, eds. 2004. *Developing a Senior Care Pharmacy Practice: Your Guide and Tools for Success*. Alexandria, VA: American Society of Consultant Pharmacists.
- Doucette WR, McDonough RP. 2002. Beyond the 4Ps: Using relationship marketing to build value and demand for pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 42:183.
- Hagel HP. 2002. Planning for patient care. In Hagel HP, Rovers JP (eds), *Managing the Patient-Centered Pharmacy*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Hatoum HT, Catizone C, Hutchinson RA, Purohit A. 1986. An eleven-year review of the pharmacy literature: Documentation of the value and acceptance of clinical pharmacy. *Drug Intell Clin Pharm* 20:33.
- Hatoum HT, Akhras K. 1993. A 32-year literature review on the value and acceptance of ambulatory care provided by clinical pharmacists. *Ann Pharmacother* 27:1108.
- Holdford DA. 2003. *Marketing for Pharmacists*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Larson TA, Uden DL, Hadsall RS. 2000. Practice models used by pharmacists in rural Minnesota to obtain Medicare reimbursement. *J Am Pharm Assoc* 40:554.
- O'Hara PD. 1995. *The Total Business Plan: How to Write, Rewrite, and Revise*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Phillips CR, Larson LN. 2002. Creating a business plan for patient care. In Hagel HP, Rovers JP (eds), *Managing the Patient-Centered Pharmacy*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Pinson L, Jinnat J. 1999. *Anatomy of a Business Plan*, 4th ed. Chicago: Dearborn.
- Plumridge RJ, Wojnar-Horton RE. 1998. A review of the pharmacoeconomics of pharmaceutical care. *Pharmacoeconomics* 19:1349.
- Schneller LW, Powell MF, Solomon DK. 1998. Using the business plan to propose revenue-generating pharmacy services. *Hosp Pharm* 23:806.
- Schumock G. 2000. Methods to assess the economic outcomes of clinical pharmacy services. *Pharmacotherapy* 20:243S.
- Schumock G, Stubbing J. 2007. *How to Develop a Business Plan for Pharmacy Services*. Lenexa KS: American College of Clinical Pharmacy.
- Schumock G, Butler M. 2003. Evaluating and justifying clinical pharmacy services. In Grauer D, Lee J, Odom T, et al. (eds), *Pharmacoeconomics and Outcomes: Applications*

- for Patient Care*, 2nd ed. Kansas City, MO:American College of Clinical Pharmacy.
- Schumock G, Michaud J, Guenette A. 1999. Re-engineering: An opportunity to advance clinical practice in a community hospital. *Am J Health-Syst Pharm* 56:1945.
- Schumock G, Stubbings J, McBride SJ. 2004. Business planning and marketing. In *Developing a Senior Care Pharmacy Practice: Your Guide and Tools for Success*. Alexandria, VA: American Society of Consultant Pharmacists.
- Schumock G, Meek P, Ploetz P, Vermeulen LC. 1996. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 1998-1995. *Pharmacotherapy* 16:1188.
- Schumock G, Butler M, Meek P, et al. 2003. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy* 23:113.
- Tipton DJ. 2001. A tool for corporate decision making about cognitive pharmaceutical services. *J Am Pharm Assoc* 41:91.
- Vogenberg FR. 2006. *Understanding Pharmacy Reimbursement*. Bethesda, MD: American Society of Health System Pharmacists.
- Willett MS, Bertch KE, Rich DS, Ereshefsky L. 1989. Prospectus on the economic value of clinical pharmacy services. *Pharmacotherapy* 9:45.

MANAJEMEN OPERASIONAL UMUM

Noel E Wilkin

Tentang Penulis: Dr. Wilkin adalah Interim Associate Provost, Associate Professor of Pharmacy Administration, dan Research Associate Professor di The Research Institute of Pharmaceutical Sciences pada University of Mississippi. Beliau memperoleh gelar B.S. di bidang farmasi pada tahun 1989 dan Ph.D. pada tahun 1996 kedua gelar tersebut diperoleh dari University of Maryland, Baltimore. Dr. Wilkin memperoleh sejumlah penghargaan dan bantuan kontrak yang sangat banyak, telah mempublikasikan sejumlah jurnal profesional dan sejawat, serta mengajar di tingkat sarjana dan pascasarjana. Bidang penelitiannya meliputi analisis praktik dan perannya dalam pengambilan keputusan, kewirausahaan dan manajemen apotek, masalah terkait pendidikan profesi, dan mekanisme untuk mencapai terapi obat yang optimal.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep operasional dan manajemen operasional.
2. Mengidentifikasi masukan dan keluaran umum pada operasional apotek.
3. Menjelaskan operasional yang digunakan dalam apotek untuk mengubah masukan menjadi keluaran.
4. Mengidentifikasi keputusan yang dibutuhkan untuk dibuat dalam operasional apotek yang umum.
5. Menjelaskan hubungan antara efisiensi operasional dan profitabilitas.

■ SKENARIO

Marie Lassiter baru saja menemui dokternya karena merasa kurang sehat. Dia berhenti di Cataldo's Pharmacy untuk menebus resep yang telah ditulis oleh dokternya. Joe Cataldo, seorang farmasis pemilik Cataldo's Pharmacy. Apotek tersebut menyiapkan obat berdasarkan resep untuk pasien, membantu pasien diabetes dalam menangani penyakitnya, menyediakan secara lengkap peralatan medis, dan menyiapkan obat berdasarkan resep untuk *nursing home*. Joe atau satu dari dua staf farmasis melakukan pemesanan produk obat dari pedagang besar. Pedagang besar tersebut mendistribusi produk-produk ini—produk OTC, obat keras, dan produk lain yang dijual di apotek—berdasarkan kebutuhan harian. Saat pelayanan obat dilakukan, resep obat ditempatkan di rak oleh salah seorang asisten apoteker. Salah satu dari tiga petugas apotek menempatkan obat OTC pada bagian depan apotek. Saat Marie

masuk ke apotek untuk menebus resep, dia menuju ke meja pelayanan dan disambut oleh petugas apotek. Petugas tersebut menampung informasi dari Marie dan melanjutkan informasi dan resep tertulis kepada asisten apoteker. Asisten tersebut memasukkan data ke komputer, yang terkoneksi ke komputer lain untuk melakukan verifikasi terhadap jaminan asuransi Marie serta jumlah yang harus dibayarkannya. Komputer di apotek selanjutnya mencetak label yang akan di tempelkan pada kemasan obat. Hal ini dilakukan di area pengerjaan untuk penyiapan resep. Selanjutnya, resep Marie diracik; peracikan tersebut dibuat dengan mencampur beberapa bahan obat. Salah satu farmasis menyiapkan racikan obat dan menempatkannya pada wadah khusus. Farmasis melakukan pengecekan terhadap ketepatan dan jaminan bahwa obat yang disiapkan sesuai dengan permintaan yang tertulis dalam resep. Farmasis tersebut kemudian menyerahkan obat kepada Marie disertai dengan informasi tentang bagaimana obat tersebut digunakan dengan benar sementara petugas apotek memanggilnya untuk menyelesaikan proses pembayarannya dengan kartu kredit.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apa yang penting dari manajemen operasional pada praktik di apotek saat ini?
2. Sumber daya apa yang digunakan dalam proses meningkatkan produk dan layanan?
3. Kategori apa yang digunakan untuk membantu dalam pengelompokan strategi dalam mengelola sumber daya yang digunakan dalam operasional?
4. Bagaimana membedakan antara produk dan layanan yang berpengaruh pada keputusan yang dibuat dalam manajemen operasional?
5. Bagaimana mengatur jadwal yang akan berpengaruh pada profitabilitas apotek?

■ PENDAHULUAN

Keberadaan bisnis untuk menawarkan produk dan layanan kepada konsumen.* Bisnis harus menggunakan sumber daya (masukan/*input*) untuk menghasilkan barang dan layanan (luaran/*output*) yang akan ditawarkan. Proses pelaksanaan ini dianggap sebagai *perubahan* atau *transformasi* (Heizer dan Render, 1999; Johnson, 1998). Sumber daya diubah menjadi sesuatu yang dibutuhkan, diinginkan, dan diminta oleh konsumen. Konsumen kemudian membayar *output* ini karena berhasrat memuaskan keinginan atau kebutuhannya agar seimbang atau lebih besar dari sejumlah uang yang mereka bayar untuk membeli barang tersebut. Proses menghasilkan barang dan layanan ini disebut dengan *operasional*. Hal ini meliputi aktivitas atau operasional yang dilakukan oleh organisasi untuk mengubah sumber daya menjadi bernilai,

produk dan layanan dapat menghasilkan keuntungan. Untuk mengatur aktivitas ini, *manajemen operasional* perlu dilaksanakan.

■ KAITAN ANTARA OPERASIONAL DENGAN PROFITABILITAS

Karena bisnis melaksanakan banyak operasional untuk menghasilkan barang dan layanan, efisiensi operasional ini akan memengaruhi profitabilitas yang terkait dengan barang dan layanan yang ditawarkan oleh bisnis tersebut. Operasional tersebut menghabiskan biaya untuk pengembangan/produksi barang, dan juga biaya untuk memberikan pelayanan. Dalam skenario ini, apotek meracik suatu produk dari berbagai bahan aktif. Tentu saja terdapat berbagai macam masukan, semua masukan terkait dengan biaya. Apotek harus membayar untuk:

- Bahan aktif maupun tidak aktif
- Wadah yang akan digunakan untuk pengemasan akhir
- Komputer untuk mencetak label dan rekening perusahaan asuransi
- Piranti lunak yang digunakan pada komputer
- Ongkos verifikasi dan tagihan resep melalui telepon
- Kantong tempat obat yang diresepkan sehingga pasien dapat membawanya pulang ke rumah
- Biaya listrik untuk lampu, penghangat, dan pendingin di ruangan kerja
- Sewa fasilitas untuk penyiapan resep
- Gaji dan keuntungan untuk farmasis yang meracik obat
- Gaji dan keuntungan untuk asisten apoteker yang memasukkan pesanan resep ke dalam data komputer
- Gaji dan keuntungan untuk petugas apotek yang mengantarkan resep

Ini bukan merupakan daftar yang lengkap, tetapi menunjukkan adanya sejumlah biaya yang berkaitan dengan pembuatan suatu produk yang akan dijual pada pasien. Apotek menutupi biaya-biaya ini dengan mengumpulkan uang dari produk dan layanan yang dihasilkan. Jadi, setelah

* Produk dan layanan ini, juga disebut dengan penawaran, dapat dibagi menjadi lima kategori, termasuk produk nyata yang murni, produk nyata yang disertai dengan pelayanan, hibrid, pelayanan utama disertai dengan produk dan pelayanan, dan pelayanan murni (Kotler dan Keller, 2006). Terdapat perdebatan tentang kegunaan pembedaan produk dari pelayanan, terutama untuk tujuan pemasaran yang menawarkan bisnis tersebut (Vargo dan Lusch, 2004). Untuk tujuan dalam bab ini, istilah produk (*goods*) dan pelayanan (*services*) yang digunakan dalam istilah sederhananya.

mengurangi semua biaya atau pengeluaran yang berkaitan dengan operasional dan produksi barang dan layanan yang terjual, uang yang tersisa adalah *keuntungan/profit*. Jika pemilik, manajer, dan pegawai tidak bijaksana dalam pembelian dan pengaturan pemasukan yang digunakan untuk membuat barang dan layanan yang dijual oleh apotek, apotek tidak akan mendapat keuntungan. Akan tetapi, keuntungan tidak hanya untuk mendapatkan pemasukan dengan biaya pengeluaran yang terendah dan tidak sesederhana menaikkan harga untuk menutupi biaya pengeluaran.

Kemaksimalan efisiensi pembuatan barang dan layanan yang dijual oleh apotek membutuhkan perencanaan, analisis, dan manajemen yang saksama. Jika farmasis menggunakan bahan dan kemasan bermutu rendah, pasien mungkin tidak akan kembali ke apotek untuk penebusan resep lainnya. Jika farmasis dibayar terlalu sedikit, dia mungkin tidak akan menyenangi pekerjaannya, dan mungkin tidak seefisien sebagaimana semestinya ia bisa lakukan, atau mungkin mengambil lebih banyak hari libur. Semua ini karena apotek membayar gaji farmasis tanpa keuntungan dari produktivitasnya. Jika sistem komputer yang bermutu rendah dibeli dengan harga rendah dan sering mengalami gangguan, sehingga akan menghambat farmasis dalam pengisian resep, hal ini mengurangi profitabilitas apotek. Hubungan ini dengan profitabilitas menyebabkan manajemen operasional menjadi aspek perhatian penting dan kompleks dalam berbagai bisnis.

■ LUARAN UMUM DARI APOTEK (PRODUK DAN LAYANAN)

Skenario mengacu pada pembuatan produk bagi Marie Lassiter. Konsep manajemen operasional untuk suatu bisnis yang menghasilkan produk yang relatif mudah dimengerti. Suatu masukan yang nyata; sesuatu yang dapat dilihat dan disentuh sehingga kualitasnya dapat dievaluasi. Ini bukan untuk menyatakan bahwa manajemen operasional untuk pembuatan produk itu merupakan hal yang mudah untuk segera menjadi nyata. Akan tetapi, konsep manajemen operasional digunakan untuk menggabungkan produk agar lebih mudah dimengerti. Seperti skenario ilustratif, bahkan dalam pembuatan produk, ada banyak masukan yang tidak nyata dan nonproduk. Dalam contoh ini, kecepatan dan keterampilan yang dimiliki farmasis, petugas apotek dan asisten apoteker dalam menjalankan tugasnya akan berpengaruh pada seberapa banyak resep yang dapat diracik oleh apotek setiap hari. Interaksi mereka dengan pasien yang menebus resep akan mempengaruhi apakah pasien tersebut kembali untuk menebusi resep lagi di masa akan datang. Kemampuan mereka untuk berinteraksi dengan pasien akan memengaruhi seberapa banyak mereka membantu menyelesaikan resep. Skenario mengenai pembuatan produk

yang tidak terjadi sebelum perubahan yang dilakukan oleh farmasis dengan dibantu asisten apoteker dan petugas apotek.

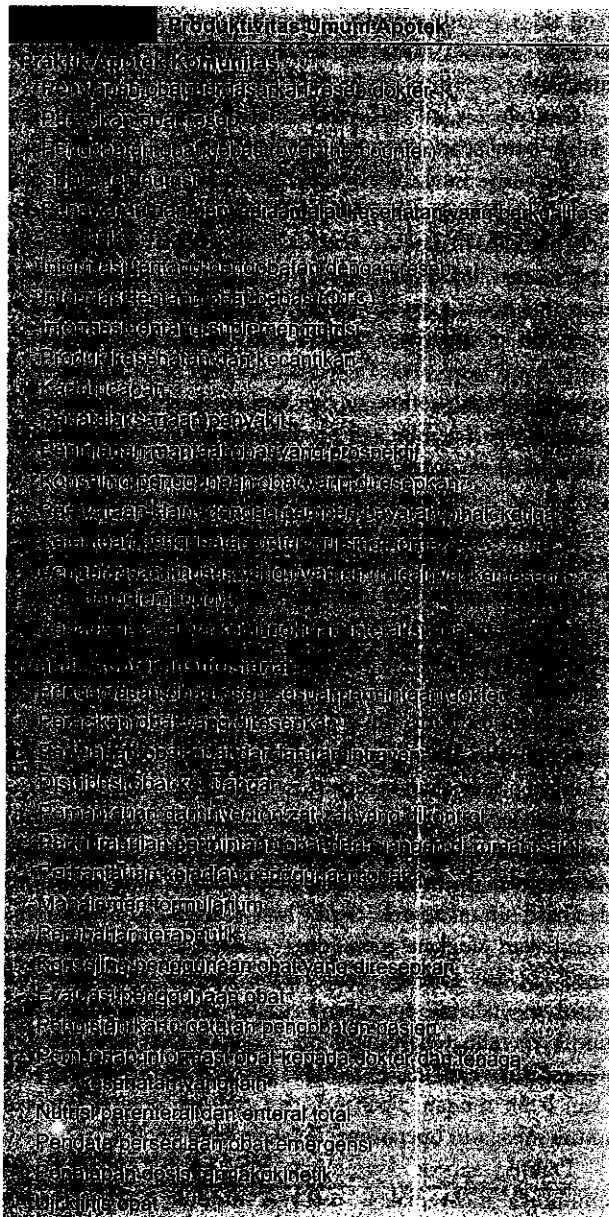
Contoh umum pelayanan dalam farmasi komunitas adalah penyiapan resep yang tidak diracik. Dalam kasus ini, farmasis, yang dibantu dengan asisten apoteker dan petugas apotek, untuk menambah nilai produk yang dibuat oleh perusahaan farmasi. Farmasis mengemas jumlah yang tepat sesuai kebutuhan pasien ditambah informasi yang akan membantu pasien untuk menggunakannya dengan tepat dan memberikan tagihan perusahaan asuransi pasien untuk biaya resep obat. Farmasis mungkin memberikan nilai tambahan pada produk ini dan layanan bernilai tambah ini sejalan dengan pembuatan produk. Sumber daya juga harus dikembangkan untuk meningkatkan layanan, dan farmasis harus tetap memperhatikan kualitas layanan mereka.

Perubahan sumber daya untuk meningkatkan layanan tidak selalu mudah dimengerti. Hal ini terjadi karena perubahan sumber daya mungkin tidak nyata. Sebagai contoh, pikirkan tentang perubahan yang terjadi untuk menyediakan informasi pada pasien. Farmasis harus mengingat kembali informasi yang ada atau melihat kembali referensi yang ada, memahami hubungannya antara situasi dan pasien serta mengomunikasikan informasi ini pada pasien sedemikian sehingga pasien akan mengerti.

Manajemen operasional apotek untuk menghasilkan produk dan layanan yang berkualitas tinggi dengan biaya yang rendah membutuhkan pemahaman tentang masukan dan hasil umum apotek. Ketika hasil ditingkatkan oleh bisnis merupakan langkah operasional terakhir, ini akan berguna untuk belajar tentang hasil umum apotek pada poin ini untuk memahami sepenuhnya sumber daya yang digunakan untuk membuat hasil-hasil ini. Dengan kata lain, dengan pengetahuan hasil ini, operasional yang terjadi di dalam apotek akan lebih mudah dipahami, dan strategi yang digunakan untuk mengatur operasional ini akan lebih berarti.

Praktik apotek komunitas dan apotek institusional umumnya menyediakan berbagai produk dan pelayanan terkait pengobatan. Contoh daftar gambaran aktivitas dapat ditemukan di Tabel 5-1. Daftar produk dan layanan diberikan dalam tabel ini tidak berarti berlaku umum. Beberapa apotek mempunyai ruang es krim, beberapa ada salon kuku, dan menjual hadiah dan koleksi-koleksi barang. Bagaimana apotek menawarkan produk dan jasa agar pasien memilihnya?

Hasil bisnis akan memengaruhi keberadaan bisnis. Jika hal ini menyebabkan beberapa konsumen mengenali bisnis dari produk dan layanan yang diberikan, hal ini tidak dapat menegaskan keberadaan bisnis. Sebagai contoh, perusahaan BASF adalah sebuah perusahaan kimia yang dikenal sebagai perusahaan yang bernilai tinggi. Perusahaan tersebut membuat kampanye iklan pada akhir tahun 1990 dengan



membuat pernyataan "Kami tidak membuat banyak produk yang dapat Anda beli, kami membuat banyak produk yang lebih baik Anda beli." Kampanye iklan tersebut membuat konsumen percaya bahwa perusahaan membuat bahan kimia, tetapi dikomunikasikan pada konsumen bahwa BASF adalah perusahaan yang menghasilkan barang bernilai tinggi setiap hari untuk digunakan oleh konsumen. Meskipun faktanya perusahaan dapat memengaruhi persepsi bisnisnya serta barang dan layanannya melalui pemasaran, banyak konsumen mengelompokkan bisnis berdasarkan apa yang mereka sediakan. Farmasis menyiapkan resep, restoran cepat saji melayani makanan cepat saji yang tidak mahal dengan

cepat, perusahaan farmasi membuat obat, pedagang mobil menjual mobil. Kategori bisnis yang dibuat oleh konsumen ini dapat memikat seseorang untuk mempercayai bahwa barang dan layanan yang ditawarkan oleh bisnis ditetapkan sebelumnya berdasarkan pengelompokan bisnis. Meskipun demikian, barang dan layanan ditentukan oleh keputusan pemilik atau yang menjalankan bisnis. Tentu saja, pemilik atau pembuat keputusan bisnis mempertimbangkan pendapat konsumen tentang bisnis mereka, dan bukan hasil bahwa bisnis yang akan ditawarkan tersebut di bawah kontrol pemilik dan pembuat keputusan. Misi bisnis mendasari keputusan yang diambil. Misi ini merupakan alasan bisnis mengapa bisnis tetap berdiri. Ini menjelaskan apa yang dilakukan dalam bisnis dan komunikasi unik yang memberikan keuntungan dalam meningkatkan produk dan layanan yang ditawarkan.

Kesempatan untuk memutuskan produk dan layanan yang ditawarkan tersedia untuk farmasi komunitas dan farmasi institusional. Lingkungan tersebut sedikit berbeda, dan keputusan penting keduanya telah diatur. Sebagai contoh, farmasi rumah sakit sering memberikan layanan dengan infrastruktur rumah sakit yang lebih besar. Akan tetapi, banyak dari hal ini masih berfungsi untuk menambah nilai variasi masukan. Mereka melayani pasien dan konsumen internal, seperti dokter, perawat dan tenaga profesional kesehatan yang bekerja di institusi tersebut.

Akibatnya, pemilik atau operator bisnis dapat menambah, meningkatkan, menghilangkan, atau mengubah produk dan layanan yang ditawarkan. Untuk membuat keputusan ini, harus digunakan suatu proses perencanaan strategis. Proses perencanaan dapat membantu mengidentifikasi faktor eksternal dan internal (yakni, kekuatan, kelemahan, kesempatan, dan hambatan) yang dihadapi oleh suatu bisnis. Saat faktor-faktor ini cukup dapat dimengerti, apotek dapat dengan lebih mudah memilih produk dan layanan yang dapat memberikan kesempatan terbaik untuk mendapat keuntungan atas bisnis dalam suatu wilayah geografis tertentu (lihat Bab 3 dan 4).

■ MASUKAN UMUM DI APOTEK (SUMBER DAYA)

Operasional adalah suatu aktivitas yang mengubah sumber daya (masukan) menjadi produk dan layanan yang menguntungkan dan bernilai. Dalam skenario, sumber daya apa yang digunakan untuk menyelesaikan resep Marie? Sumber daya yang jelas adalah beberapa bahan aktif yang diproduksi oleh perusahaan farmasi yang dicampur bersama-sama menjadi formula resep. Akan tetapi, ini merupakan salah satu dari sekian banyak sumber daya yang digunakan untuk menyelesaikan resep.

Sumber daya yang Digunakan untuk Melengkapi resep Marie Lasiter

- Obat-obat yang diresepkan
- Farmasis yang memesan obat yang diresepkan
- Layanan penghantaran yang disediakan oleh pedagang besar
- Asisten apoteker yang menempatkan obat di lemari penyusun apotek di tempat yang dapat ditemukan oleh farmasis
- Lemari yang mereka gunakan hingga farmasis menggunakannya
- Wadah tempat farmasis menyimpan produk akhir
- Komputer yang digunakan untuk proses peresepan
- Layanan negosiasi yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi
- Label yang dicetak dari komputer
- Piranti lunak yang digunakan dalam komputer
- Jalur telepon yang digunakan untuk menghubungkan komputer untuk tujuan negosiasi
- Petugas apotek yang menyampaikan resep
- Register yang digunakan petugas apotek untuk menyimpannya
- Melainkan pada kondisi berbeda
- Fasilitas yang dimiliki apotek
- Listrik dan peralatan lain yang tersedia di apotek

Hal-hal lainnya diterangkan dalam Tabel 5-2 dan ini bukan daftar yang lengkap. Seperti yang Anda lihat, banyak sumberdaya yang digunakan untuk menyelesaikan resep dan tidak semua sumber daya sejelas lainnya. Akan tetapi, sumber daya berperan penting dalam mengubah obat yang diterima dari pedagang besar menjadi obat yang dapat digunakan oleh Marie dengan tepat. Banyak sumberdaya lain yang jelas diterima oleh konsumen baik produk maupun layanan, dan tidak mengurangi kepentingan mereka menyelesaikan resep. Seorang farmasis harus memiliki kemampuan untuk belajar pentingnya bagaimana sumber daya digunakan untuk memberikan pelayanan pada penyiapan resep saat listrik padam. Lampu akan padam dan komputer tidak mampu memproses resep, dan mesin penghitung uang tidak akan berfungsi. Hanya beberapa aktivitas yang bisa dilakukan ketika listrik padam. Farmasis dapat menggunakan lampu darurat yang menggunakan baterai atau senter untuk melihat adanya interaksi. Dia dapat menggunakan bahan lain untuk mengetahui adanya interaksi. Dia dapat menggunakan mesin untuk membuat label. Akan tetapi, dia tidak dapat membatasi pasien yang banyak, yang dia perhitungkan selama proses pemutusan. Jika apotek menggunakan daftar harga barang yang terbatas dengan memindai kode produk universal (*Universal Product Code*, UPC) pada produk (sistem POS), kemudian dia bahkan tidak tahu seberapa banyak biaya yang dibayar pasien untuk produk di apotek. Sumber daya ini memengaruhi efisiensi dan kemampuan untuk melakukan aktivitas dalam menyelesaikan resep.

Terlihat jelas kontribusi listrik pada efisiensi penyelesaian resep. Dengan kekuatan komputer, alat tersebut mampu melakukan kontrol interaksi, penyimpanan informasi pasien, dan mencetak label secara lebih efisien. Meskipun demikian, pengisian resep juga merupakan hal yang penting karena tanpa hal tersebut, beberapa aktivitas yang perlu dilakukan untuk menghasilkan suatu proses mungkin tidak dapat terjadi (misalnya keputusan tepat waktu). Sumber daya lain dalam proses ini mungkin tidak penting, tetapi menambah efisiensi proses. Sebagai contoh, unit penyusunan dipilih untuk menyimpan sediaan obat dari wadah botol yang berbeda. Pilihannya dapat berbeda mulai dari penyusunan semua yang ditumpuk secara sederhana di lantai dalam tumpukan besar yang tempat penyimpanan dan akses botolnya besar. Tanpa adanya penyusunan yang akan membantu menghemat biaya penyusunan, proses tersebut akan sangat tidak efisien. Dapatkah anda bayangkan saat mencari sediaan obat yang benar dalam tumpukan botol? Ketika apotek ingin menghemat uang dengan tidak membeli lemari penyusun, ini akan menghabiskan uang apotek karena akan menggaji farmasi dan dokter lebih besar hanya untuk mengeluarkan obat yang benar di antara tumpukan obat. Dari sudut pandang lain, biaya penyusunan dalam ruang penyimpanan dan akses yang besar jika dibandingkan dengan lemari penyusun yang sederhana dan standar, ini tidak menjamin jika luas lantai apotek tidak kondusif untuk penyusunan sederhana yang mengurangi efisiensi. Pada contoh ini, meskipun sederhana, menggambarkan bagaimana sumber daya sepenting lemari penyusunan yang dapat memengaruhi efisiensi dan, akhirnya, mendatangkan keuntungan.

Tiap-tiap sumber daya dapat dikelompokkan atau dikategorikan berdasarkan strategi-strategi yang berbeda. Mereka dapat dikelompokkan dalam kategori berdasarkan pada produk atau layanannya. Dengan menggunakan skema kategori, produk nyata dan akan dimasukkan dalam (tidak terbatas pada) penyusunan, komputer, wadah obat, label, piranti lunak, dan obat. Pelayanan dapat meliputi tugas-tugas yang dilaksanakan oleh orang-orang yang terlibat dalam pelayanan pedagang besar, layanan telepon, dan layanan keputusan. Skema pengelompokan yang luas ini jika diilustrasikan, mungkin tidak membantu manajer atau pemilik dalam memutuskan bagaimana memilih sumber daya yang digunakan untuk menghasilkan produk dan layanan bisnis serta memutuskan bagaimana memaksimalkan efisiensi proses. Meskipun demikian, manajemen operasional menggunakan kategori khusus untuk menjelaskan, menganalisis, dan mengatur operasional bisnis. Satu strategi untuk mempertimbangkan permasalahan yang dihadapi dalam operasional sebagai strategi atau taktik (Mantel and Evans, 1992). Tambahan lagi, bisnis yang berbeda akan mengategorikan sumber daya yang berbeda untuk tujuan manajemen mereka. Ketika skema pengelompokan

diseragamkan akan dapat membantu, hal ini tidak terlalu penting dalam memahami bagaimana sejumlah strategi dapat digunakan untuk mengelola sumberdaya agar tercapai efisiensi yang maksimal pada operasional bisnisnya. Akan tetapi, ini akan membantu untuk memikirkan manajemen operasional dalam pengambilan keputusan penting yang perlu dilakukan oleh manajer operasional (Heizer and Render, 1999). Sepuluh keputusan dalam bidang manajemen operasional antara lain (Heizer and Render, 1999):

- Perancangan barang dan layanan
- Strategi proses
- Manajemen kualitas
- Lokasi strategis
- Tata ruang strategis
- Sumberdaya manusia
- Penjadwalan
- Manajemen rantai penyediaan
- Manajemen inventaris
- Pemeliharaan

Jika Anda mempertimbangkan kembali pada skenario, Anda mungkin melihat dampak keputusan ini akan mengakibatkan adanya banyak aktivitas yang terlibat dalam operasional apotek. Perancangan produk dan layanan yang dibutuhkan dan diinginkan oleh konsumen (yang ditawarkan oleh apotek sebagai keunggulan yang kompetitif dibanding apotek lain) harus dibuat. Suatu produk dan layanan yang dirancang, proses yang akan digunakan dan ditawarkan harus dilakukan dan diatur. Kualitas produk yang dibuat dan layanan yang ditawarkan harus dipertahankan. Lokasi dan tata letak apotek harus kondusif dan tepat sesuai dengan produk dan layanan yang ditawarkan. Apotek sangat bergantung pada pegawainya; manajemen sumber daya manusia dan manajemen penjadwalan sumber daya merupakan bagian penting dari manajemen operasional apotek. Manajemen rantai penyediaan adalah manajemen penyediaan masukan (*input*) yang digunakan untuk membuat luaran (*output*). Efisiensi dalam persediaan produk obat sangat penting untuk melayani penyiapan resep. Selain saat suatu produk dikirim, inventaris harus diatur untuk meminimalkan biaya perusahaan dengan hanya memiliki inventaris yang diperlukan untuk menyiapkan resep dan menawarkan produk OTC. Terakhir, pemeliharaan sumber daya yang dibutuhkan untuk operasional harus diperimbangkan dan diatur. Jika sumber daya tidak berfungsi dengan baik, ini menjadi tidak efisien sehingga mengurangi keuntungan. Tiap-tiap faktor dan strategi ini dapat dilakukan dengan memaksimalkan efisiensinya yang berkaitan dengan farmasi komunitas dan farmasi institusi. Keputusan dan strategi ini digunakan untuk membuat keputusan yang baik pada tiap-tiap bidang tersebut

dijelaskan lebih detail pada bab lain. Akan tetapi, sebelum membahas lebih dalam, lebih baik memahami bagaimana bidang manajemen operasional ini berhubungan dengan sumberdaya yang digunakan dalam kegiatan apotek dan bagaimana keputusan operasional ini dapat memengaruhi keuntungan.

■ PERANCANGAN PRODUK DAN PELAYANAN

Perancangan produk dan pelayanan sebanding dengan kebutuhan dan keinginan konsumen yang membutuhkan analisis dan perencanaan. Seperti yang dijelaskan sebelumnya, produk merupakan sesuatu yang nyata, yang dapat dipegang dan disentuh. Pelayanan adalah sesuatu tidak nyata, yaitu hal-hal yang alami oleh konsumen. Kecuali misalnya peracikan resep, perancangan produk sebagian besar dilakukan oleh industri; namun, dengan kemajuan manajemen terapi pengobatan (*medication therapy management*, MTM), dapat meningkatkan kesempatan perancangan pelayanan yang inovatif dan kreatif untuk mencapai tujuan tersebut. Pelayanan dapat dirancang dalam tiga pendekatan yang berbeda, yakni pelayanan konsumen, pelayanan produk, dan produk layanan. Pendekatan ini terdapat persamaan dan perbedaan yang memengaruhi cara implementasi, manajemen, dan pemasarannya. Pelayanan konsumen bertujuan meningkatkan pemahaman konsumen pada pelayanan kefarmasian sehingga dapat meningkatkan semua penjualan. Akibatnya, timbul kesadaran yang lebih besar dibandingkan biaya yang harus dikeluarkan (Mathieu, 2001). Pelayanan produk terkait dengan produk tertentu, nilai-tambah produk. Hal ini ditawarkan dalam upaya untuk mendorong penjualan produk tersebut. Tipe pelayanan ini diberikan pada konsumen setelah produk tersebut dibeli (Mathieu, 2001). Kategori terakhir adalah produk layanan. Ini suatu pelayanan yang mandiri dari perusahaan yang menawarkan produk nyata dan dapat dikonsumsi secara terpisah.

Perencanaan akan berperan penting dalam pengembangan produk dan pelayanan yang baru. Analisis lingkungan internal dan eksternal akan berperan penting dalam menentukan kemampuan apotek dan kebutuhan pasar. Penawaran produk dan pelayanan yang konsisten dengan kebutuhan dan keinginan konsumen akan meningkatkan kesempatan mendapat keuntungan. Penawaran pelayanan akan memengaruhi bermacam aspek operasional apotek, termasuk pemasaran, produksi, pengiriman, dan komunikasi internal (BRAX, 2005). Masing-masing aspek memiliki potensi untuk memengaruhi proses setiap hari yang digunakan untuk menawarkan produk dan layanan kepada konsumen.

■ STRATEGI PROSES

Proses operasional melibatkan banyak tahap. Skenario awal pada awal bab ini dapat dirinci menjadi lebih dari satu lusin tahapan. Dalam tahapan ini, kinerja akan memengaruhi efisiensi operasional dan akhirnya terlihat pada kualitas produk dan layanan yang dihasilkan. Akibatnya, ini akan memengaruhi profitabilitas apotek. Sebagai contoh, jika farmasis mencoba menyiapkan resep dengan pengobatan yang ditempatkan di lemari penyusun, dia mungkin mencarinya melalui semua obat yang dikirimkan dari pedagang besar. Dalam hal ini, proses penyipan resep dipengaruhi oleh persediaan, ketika ada pemesanan obat, ketika obat sudah dikirim, dan ketika pesanan obat diletakkan pada lemari. Demikian pula, resep yang dibawa oleh pasien akan menunggu resep tersebut disiapkan sebelum resep tidak sampai diambil esok harinya. Pasien akan dipengaruhi secara langsung oleh efisiensi proses ini. Proses tersebut digunakan untuk menghasilkan produk, konsumen tidak suka terlibat. Dalam pelayanan, konsumen mungkin sangat terlibat, seperti adanya kasus dengan pelayanan konsumen yang diberikan pada pasien yang menunggu resep. Pasien akan sering merasa tidak nyaman ketika menunggu lama untuk menebus resep, dan ini mungkin memengaruhi apakah mereka akan datang lagi atau tidak untuk menebus resep mereka. Apakah pasien terlibat atau tidak, keputusan tentang proses pembuatan produk dan layanan perlu dirancang untuk memaksimalkan efisiensi.

Proses yang digunakan apotek untuk menciptakan produk dan menyediakan layanan memiliki kapasitas tertentu. Sebagai contoh, asisten apoteker hanya boleh memasukkan beberapa resep ke dalam komputer dalam waktu satu jam, dan farmasis hanya dapat menyelesaikan beberapa resep dalam waktu satu jam. Kapasitas ditentukan oleh sumber daya yang memiliki keterbatasan terbesar dalam proses (Bruner, Eakes and Freeman, 1998). Sumber daya yang terbatas digambarkan sebagai *leher botol*. Untuk meningkatkan kapasitas, leher botol harus diidentifikasi dan dieliminasi. Sebagai contoh, jika Marie memasuki apotek pada saat seorang farmasis sedang melakukan pekerjaannya, farmasis yang lain mungkin akan menangani untuk menyiapkan resep sementara farmasis pertama meracik resep Marie. Ini akan mencegah leher botol dalam menyelesaikan resep lain yang dimasukkan ketika resep Marie sedang dipersiapkan. Leher botol dan rintangan efisiensi pembuatan produk atau ketentuan layanan akan memengaruhi profitabilitas dengan mengurangi kualitas produk yang dihasilkan atau membatasi jumlah layanan yang disediakan. Sebagai contoh, ketika Dr. Michael Kim menyadari banyak pasien yang menunggu penebusan resep dalam ruang yang terbatas dalam apotek, dia mengimplementasikan sistem pergantian. Dalam sistem ini, laporan dibuat untuk pergantian selanjutnya. Pasien dihubungi jika dibutuhkan pengobatan. Resep untuk pengobatan yang dibutuhkan pasien disiapkan

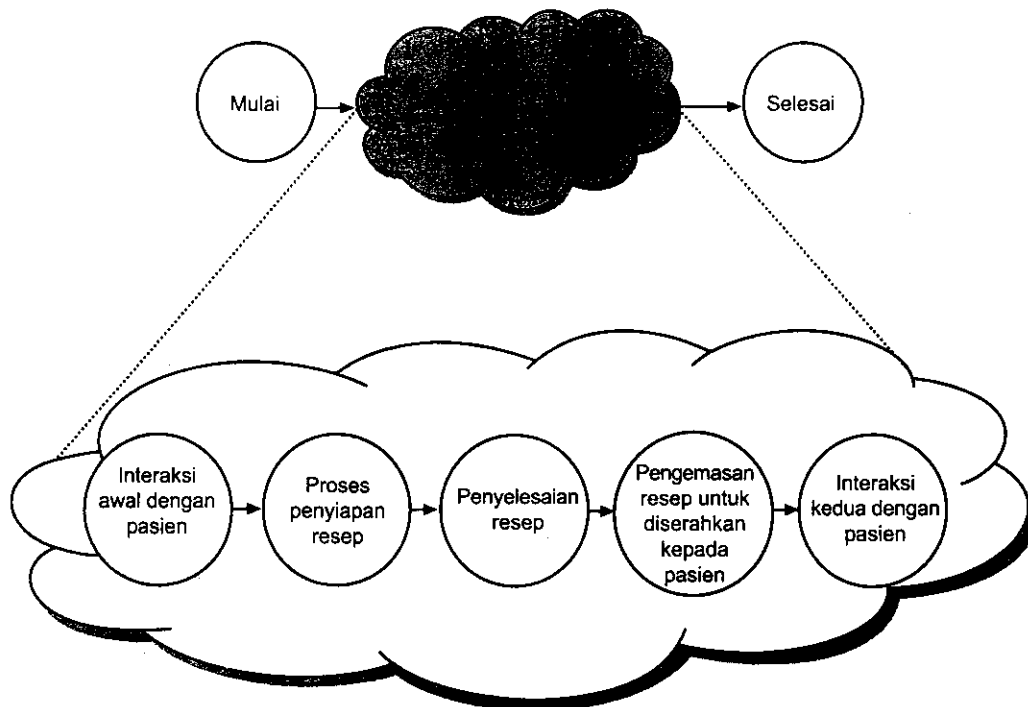
dan dijadwalkan untuk dikirim. Proses ini mengurangi kunjungan di tokonya dan memungkinkan farmasis berfokus pada resep yang baru yang diberikan pasien yang mengunjungi apotek (Wilkin, 2006). Stanley Devine dan Robert Beardin di Winona, Mississippi melakukan proses perubahan setahap lebih maju. Mereka bergantian menangani tiap-tiap resep pasien yang berobat ulang sehingga pasien akan mendapat pengobatan mereka sebulan sekali, dan mereka menghubungi *setiap* pasien sebelum resep selesai disiapkan. Ini memberikan kesempatan bagi mereka berdiskusi dengan pasien mereka tentang beberapa masalah atau permasalahan pengobatan pasien yang mungkin dialami. Ini juga mengurangi kebutuhan pemeliharaan persediaan obat yang besar karena pengobatan dapat diminta ketika dibutuhkan untuk menyiapkan resep pasien, memungkinkan mereka lebih mengendalikan langkah saat menyelesaikan resep, meningkatkan kontak mereka dengan pasien, dan secara signifikan mengurangi kunjungan pasien ke apotek (Wilkin, 2006).

Kartu pencatatan proses yang digunakan oleh bisnis dalam upaya membuat penawaran yang dapat menolong dalam menganalisis dan merancang proses. Kartu pencatatan adalah diagram tahapan yang terlibat dalam pembuatan produk atau penawaran pelayanan. Gambaran secara visual dapat membantu menganalisis sumber daya yang digunakan dalam proses perubahan dan dapat digunakan untuk memperbaiki proses yang berjalan di dalam apotek. Berdasarkan diagram proses, bentuk geometrik digunakan untuk menggambarkan masing-masing tahapan dalam proses (Robson, 1991). Proses penyelesaian resep ditunjukkan dalam Gbr. 5-1. Tingkatan rincian di dalam kartu pencatatan dapat berubah-ubah. Gambaran ini menjelaskan urutan operasional yang dilakukan dalam proses transformasi penyiapan resep. Beraneka ragam tugas dilakukan pada tiap-tiap operasional, dan tugas ini akan menggunakan sejumlah individu dan sumber daya yang berbeda. Lebih detilnya dari diagram ini, lebih mudah untuk mengevaluasi waktu dan sumber daya yang dibutuhkan pada setiap tahapan proses.

Kartu pencatatan proses merupakan alat yang sangat membantu dalam mengidentifikasi dan mengevaluasi kapasitas setiap elemen proses dan bidang proses yang dapat diperbaiki (misalnya, masalah yang menyebabkan leher botol untuk memperbaiki efisiensi). Pemahaman yang lebih jelas untuk proses yang digunakan untuk menghasilkan semua produk dan layanan yang ditawarkan apotek tidak hanya penting dalam mengidentifikasi masalah efisiensi yang dapat diperbaiki, tetapi ini juga dapat digunakan untuk mengatur kualitas.

■ PENGELOLAAN KUALITAS

Penyediaan produk dan layanan bermutu baik kepada konsumen merupakan hal yang penting dalam setiap bisnis. Jaminan mutu, atau lebih spesifik, *pengukuran mutu* akan



Gambar 5-1 Gambaran operasional di apotek dalam menyelesaikan resep.

berbeda bergantung pada produk atau layanan yang akan dihasilkan. Keputusan yang dibuat tentang kualitas produk yang dihasilkan oleh operasional apotek dapat didasarkan pada standar tujuan. Sebagai contoh, pada peracikan resep, jumlah bahan aktif dalam sediaan harus tepat. Kualitas produk dapat dievaluasi dengan mengukur kuantitas bahan aktif dan menggunakan standar tujuan yang lain. Akan tetapi, mutu layanan banyak ditentukan oleh standar subyektif lainnya. Marie Lassiter dalam skenario, mungkin menilai kualitas informasi yang dia diberikan. Hal ini sepertinya didasarkan pada penilaian subyektifnya terhadap informasi dan segala sesuatu yang dia komunikasikan. Layanan, meskipun tidak tampak, masih perlu dievaluasi jika hasil yang diinginkan sedang akan dicapai.

Terdapat dua tipe biaya yang berkaitan dengan mutu yaitu biaya untuk memelihara mutu dan biaya yang berkaitan dengan mutu yang jelek (Mudie and Cottam, 1999). Dalam mempertahankan mutu yang baik, terdapat biaya pencegahan dan biaya penaksiran. *Biaya pencegahan* dihasilkan dari penggunaan sumber daya (waktu dan personel) untuk mencegah timbulnya kesalahan yang mungkin terjadi. Sebagai contoh, biaya untuk melatih tenaga kerja dan biaya teknologi (seperti robotik, komputer dan piranti lunak) yang digunakan untuk menekan terjadinya kesalahan. Selain biaya

pencegahan, terdapat biaya penaksiran. Biaya penaksiran merupakan biaya untuk mengawasi, menguji, dan mengaudit sumber daya dalam mengidentifikasi terjadinya penurunan mutu layanan maupun produk. Selain biaya pemeliharaan kualitas produk ini, terdapat biaya yang berkaitan dengan mutu pelayanan yang jelek. Biaya-biaya ini berasal dari kesalahan baik internal maupun eksternal. *Kesalahan internal* adalah kesalahan atau kerusakan yang teridentifikasi dan diketahui sebelum konsumen menerima produk atau layanan. Sebagai contoh, jika farmasis menempatkan obat paten di dalam wadah dengan dilabel obat generik, kemudian menyadari kesalahan tersebut dan memperbaikinya, hal ini disebut dengan kesalahan internal. Ini menyebabkan apotek mengeluarkan biaya karena farmasis perlu waktu untuk melakukan koreksi terhadap masalah. Manajer apotek harus bijaksana dalam memperkirakan faktor-faktor yang dapat menyebabkan kesalahan internal, membuat langkah yang dapat menekan terjadinya kesalahan dan memodifikasi faktor-faktor tersebut, dan mencegah kesalahan tersebut terulang kembali. *Kesalahan eksternal* adalah kesalahan atau kerusakan produk atau layanan yang sudah diterima oleh konsumen. Kesalahan eksternal ini sering teridentifikasi oleh konsumen. Sebagai contoh, jika seorang konsumen menyadari bahwa ia menerima obat yang berbeda dengan

label yang tertulis, ini adalah suatu kesalahan eksternal. Untuk itu, kesalahan ini membutuhkan waktu dan biaya yang lebih besar dibandingkan dengan kesalahan internal. Kesalahan internal dapat terjadi pada saat penyerahan obat baru kepada pasien, hilangnya produk yang diberikan secara tidak tepat karena harus dibuang, dan potensi perkara hukum jika kesalahan tersebut membahayakan pasien (lihat Bab 11 untuk informasi lebih lanjut tentang kesalahan layanan). Produksi produk dan layanan yang bermutu tidak dapat terjadi dalam suatu kondisi yang vakum. Oleh sebab itu, dibutuhkan usaha untuk memproses tenaga kerja untuk meningkatkan mutu produk dan layanannya.

■ LOKASI

Lokasi apotek dipengaruhi oleh beberapa aspek dalam pelaksanaannya. Lokasi apotek dapat memengaruhi beberapa hal berikut ini:

- Seberapa mudah dan efisien input untuk pelaksanaan dapat dilakukan
- Seberapa mudah hasil pengelolaan dapat dipindahkan kepada konsumen
- Hasil yang mana yang dipilih untuk ditawarkan oleh bisnis tertentu (perancangan produk dan layanan)

Di suatu apotek, diperlukan keterampilan tertentu untuk menentukan lokasi bisnis. Operasional apotek di tempat yang menunjang praktek farmasi yang bermutu merupakan hal yang penting. Apotek juga harus dapat menerima penyaluran berbagai produk yang akan dijual di apotek. Pendekatan pada konsumen atau pilihan konsumen yang akan berperan penting dalam seberapa mudah apotek memberikan produk atau layanan kepada pasien. Sebagai contoh, apotek jaringan di wilayah sibuk tempat konsumen umumnya berada pada transportasi publik yang membutuhkan pelayanan obat di apotik akan sangat tidak nyaman jika apotek tersebut tidak memiliki stok yang lengkap untuk memenuhi kebutuhan obat mereka. Hal tersebut akan berpengaruh pada operasional apotek. Oleh sebab itu, apotek harus memiliki persediaan yang lebih banyak dibanding kebutuhan konsumen atau menyediakan layanan antar untuk meminimalkan hal-hal yang tidak efisien atau ketidakpuasan konsumen yang mungkin terjadi akibat tidak terpenuhinya obat yang dibutuhkan saat pasien menunggunya. Selain itu, apotek mungkin berada di area yang padat penduduk yang membutuhkan pelayanan pengobatan melalui penjualan lewat jendela *drive-through* (contohnya, ibu yang memiliki bayi yang sakit)

Faktor dipengaruhi lokasi akan memengaruhi operasional apotek. Barang dan layanan mereka juga mungkin membuat satu lokasi yang lebih menguntungkan daripada yang lain. Rancangan barang dan jasa merupakan bagian dari

operasional, dan jika apotek berlokasi di dekat orang-orang yang menginginkan dan membutuhkan produk dan layanan, ini akan meningkatkan kesempatan bisnis karena mereka tertarik untuk datang ke sana. Sebagai contoh, apotek yang berlokasi di lingkungan etnik yang mempunyai populasi orang yang percaya pada produk alami untuk memelihara kesehatan memutuskan untuk menawarkan beberapa produk semacam itu untuk konsumen tersebut. Kedekatan jarak mereka dengan toko dan keinginan mereka untuk membeli produk mungkin bertambah, sehingga kesempatan ini menguntungkan apotek. Lokasi apotek jelas dapat memengaruhi operasional, dan juga dapat memvariasikan barang dan layanan di apotek.

■ TATA RUANG APOTEK

Apotek perlu ditata untuk memaksimalkan efisiensi proses untuk menghasilkan produk dan layanan yang bermutu. Sebagai contoh, ketika mengisi resep, dibutuhkan tahap yang efisien agar resep bisa diambil dari pasien untuk diberikan ke apoteker yang akan mengisinya. Tata ruang yang kurang efisien akan menyebabkan penurunan keuntungan. Tahapan mulai resep diterima sampai proses peracikan dengan proses "*backtrack*" perlu diminimalkan atau dieliminasi dengan mendesain tata ruang yang efisien. Tata ruang juga berpengaruh terhadap layanan yang dihasilkan. Dengan adanya tempat konseling memudahkan akses farmasi berinteraksi dengan pasien yang akan meningkatkan efisiensi dalam memberikan informasi kepada pasien. Ini mungkin akan meningkatkan keinginan pasien mendapatkan informasi yang dibutuhkan.

Selain efisiensi operasional apotek, tata ruang apotek akan memengaruhi gerakan pasien di dalam apotek. Ini akan berdampak pada penempatan produk dan desain apotek (lihat Bab 23).

■ SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber daya manusia merupakan salah satu sumber daya dalam apotek yang sangat penting. Produk dan jasa yang ditawarkan oleh apotek diubah dengan menggunakan personel apotek. Individu ini membentuk operasional apotek dan sangat bergantung pada teknologi untuk meningkatkan efisiensi tugas mereka (contohnya, komputer, robotik, mesin hitung, dan program piranti lunak). Efisiensi dan kemampuan mereka berinteraksi dengan pasien akan memengaruhi efisiensi operasional apotek. Banyak faktor yang dibutuhkan untuk dievaluasi ketika memutuskan kebutuhan sumber daya manusia untuk menyelesaikan operasional dalam apotek. Untuk melaksanakan evaluasi ini, banyak alat (contohnya, analisis pekerjaan dan rancangan pekerjaan) yang tersedia untuk membuat keputusan yang bagus tentang kebutuhan sumber daya manusia pada operasional khusus. Sumber

daya manusia dan kemampuan untuk mendapatkannya juga akan dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Sebagai contoh, persediaan dan kebutuhan akan adanya farmasis, dapat mencegah suatu apotek dari mencari adanya farmasis dengan jumlah cukup untuk menjalankan apotek secara efisien. Ini mungkin menyebabkan pemilik dan manajer mencari mekanisme lain untuk mengembangkan efisiensi staf yang dimilikinya (misalnya, penggunaan robot atau meningkatkan penggunaan personel yang sudah ada). Faktor lingkungan ini mungkin juga menyebabkan bisnis penawaran gaji yang lebih tinggi, jam kerja lebih lama dan keuntungan yang lebih baik. Akan tetapi, hal-hal ini perlu dievaluasi berdasarkan seberapa besar pengaruhnya terhadap keuntungan apotek.

Tipe orang yang giat bekerja dalam bisnis juga akan memengaruhi jalannya operasional. Individu yang termotivasi, produktif, dan kompeten sering berkontribusi mendapatkan keuntungan yang lebih besar daripada individu yang tidak termotivasi, tidak produktif, dan tidak kompeten. Perekrutan orang yang tepat untuk operasional di apotek merupakan hal yang sangat penting. Pelatihan personel ini terhadap tanggung jawabnya juga merupakan hal yang sangat penting. Jika telepon berbunyi dan tidak seorang pun berpikir bahwa itu tugas mereka untuk menjawabnya, apotek mungkin kehilangan penjualan. Sehubungan dengan itu, jika telepon berdering dan staf apotek mulai berargumentasi giliran siapa untuk menjawabnya, ini menyebabkan kurangnya efisiensi dan kemungkinan konsumen menjadi tidak puas. Dalam suatu apotek, sumber daya manusia berperan besar dalam perubahan dari masukan (*input*) menjadi hasil (*output*). Ini membuat manajemen sumber daya manusia merupakan aspek penting dalam manajemen operasional.

■ PENJADWALAN

Berdasarkan kepercayaan yang besar pada SDM, penjadwalan masing-masing individu merupakan aspek penting dalam operasional. Ketentuan peraturan bahwa farmasis yang berlisensi harus berada di tempat ketika apotek buka untuk menyelesaikan resep. Ini membuat jadwal farmasis bertepatan dengan jam buka bagian resep. Pertimbangan lain dibutuhkan untuk pemilihan farmasis terhadap jadwal kerjanya. Berdasarkan pentingnya sumber daya dan biaya yang terkait dengan penggantian farmasis, jadwal seharusnya dibuat menurut pilihan kerja tiap individu untuk tingkatan apapun yang memungkinkan. Sebagai contoh, jadwal pendukung, seperti asisten apoteker dan pramuniaga apotek seharusnya didasarkan atas permintaan barang dan layanan. Idealnya, farmasis akan mendapatkan banyak bantuan ketika permintaan menebus resep merupakan hal yang paling banyak dilakukan. Ini membutuhkan rencana yang saksama dan evaluasi penjualan dan kecenderungan jumlah. Metode grafik dan pemetaan dapat digunakan untuk menentukan

permintaan pemenuhan resep dan untuk menerima layanan penatalaksanaan kondisi penyakit. Akan tetapi, untuk memetakan permintaan, apotek harus mengumpulkan data. Banyak sistem komputer akan memungkinkan pembuat keputusan untuk menelusuri jumlah resep yang harus dikerjakan setiap hari, dan beberapa akan memungkinkan mereka menelusuri jumlah volume penjualan. Dengan melihat jumlah resep yang dikerjakan pada waktu tertentu sepanjang hari itu, manajer dapat merencanakan untuk mendapat bantuan yang cukup agar terpenuhi permintaan secara efisien.

Strategi penjadwalan yang lain yang disebut *penjadwalan bertingkat* (Heizer and Render, 1999). Strategi ini digunakan untuk menyediakan tingkat jumlah produksi sehingga beban kerja yang konstan dapat dikerjakan untuk menangani permintaan setiap hari dan setiap minggu. Metode ini lebih mudah dikerjakan dalam pembuatan barang-barang karena bisnis dapat membangun surplus saat permintaan rendah. Sebagai contoh, suatu apotek institusional dapat mencampur sejumlah larutan intravena secara konstan yang biasa digunakan di rumah sakit. Permintaan larutan ini akan berubah setiap hari atau setiap minggu, tetapi selama pasokan diproduksi tidak tumbuh terlalu kecil (sehingga apotek kehabisan) atau terlalu besar (sehingga larutan yang dibuat mulai kedaluwarsa sebelum mereka digunakan), strategi ini dapat dikerjakan dengan lebih efektif. Ini tidak semudah dikerjakan dalam sebuah layanan seperti menyelesaikan resep. Akan tetapi, melalui pemasaran dan teknologi, apotek mungkin bisa menganjurkan pelanggannya menelpon untuk mengisi kembali resep selama jam istirahat dan bahkan untuk datang pada waktu khusus dalam upaya menstabilkan permintaan sepanjang hari. Dengan mengurutkan tanggal penebusan resep kembali dan menghubungkan pasien sebelum pengisian resep kembali, jadwal pengiriman inventori, dan jadwal sumber daya lain dibutuhkan untuk menangani permintaan. Semua strategi ini bergantung pada perkiraan permintaan yang baik.

Permintaan dapat diperkirakan menggunakan "prakiraan (*forecasting*). " "Prakiraan adalah persyaratan yang dibutuhkan untuk banyak metode dan prosedur yang digunakan dalam manajemen operasional" (Lewis, 1981, hlm.241). Prakiraan permintaan untuk barang dan layanan memerlukan penggunaan informasi, rumus matematika, dan analisis statistik.

Sama pentingnya seperti jadwal personal adalah jadwal sumber daya yang digunakan untuk membentuk produk dan menyediakan layanan. Dalam pengaturan farmasi komunitas dan institusi, penjadwalan pengiriman produk sangat penting. Idealnya, produk akan diletakkan di atas rak-rak, tempat produk dapat diakses lebih efisien ketika pesanan untuk resep datang. Penjadwalan pengiriman pesanan ini sehingga pesanan datang pada waktunya ketika permintaan tidak pada

puncaknya akan menjamin anggota staf meletakkan inventori di tempat yang sesuai. Beberapa bisnis berjalan sejauh jadwal pengiriman dan pengadaan kembali dalam menyusun pada rak-rak di malam hari ketika apotek akan tutup atau tidak sibuk. Jadwal pengiriman dilakukan sedemikian sehingga membantu farmasis untuk berhubungan baik dengan pemasok secara efisien.

■ MANAJEMEN JARINGAN SUPLAJ

Jaringan suplai adalah jaringan bisnis yang memasok barang-barang yang dibutuhkan oleh apotek. Hal ini penting untuk membangun hubungan baik dan memiliki persetujuan dengan perusahaan lain yang akan memaksimalkan efisiensi penerimaan barang yang dibutuhkan untuk menyelesaikan resep. Pedagang besar (Lobb et al., 2002). Mereka mendistribusikan sebagian besar obat-obat dalam resep di Amerika Serikat. Beberapa apotek jaringan menerima produk dari distributor yang mereka miliki dan juga mempunyai hubungan baik dengan pedagang besar. Ini dilakukan sehingga mereka bisa mendapatkan barang yang mungkin tidak tersedia pada distributor mereka atau mereka dapat memperoleh barang dengan cepat jika pedagang besar lebih sering mengirim daripada distributor mereka. Kerja sama ini butuh dibangun dengan perusahaan bereputasi baik yang dapat menyediakan pelayanan yang terpercaya terutama pada waktu yang dibutuhkan, seperti selama bencana alam. Kerja sama ini dapat mencakup bentuk lain dan memerlukan tingkat pelayanan yang berbeda. Dengan menandatangani kontrak dengan apotek, pedagang besar setuju untuk menyediakan apotek dengan produk dan layanan yang mungkin membantu apotek untuk beroperasi secara efisien. Layanan ini dapat termasuk pengiriman pesanan secara elektronik, layanan pengiriman esok hari, program label pribadi, program pengiklanan secara kooperatif, layanan penanganan khusus, sistem komputer apotek, harga, dan rencana penyimpanan. Manajemen jaringan suplai sangat penting dalam pengembangan produk atau pelaksanaan layanan yang melibatkan produk. Elemen utama dalam keputusan pemilihan pemasok untuk apotek adalah pengiriman barang yang dibutuhkan tepat waktu dan pengobatan yang disimpan dengan tepat oleh pedagang besar yang memiliki reputasi dan berizin pada harga yang terbaik. Dalam membuat keputusan ini, ada sejumlah pedagang besar yang akan dipilih.

Berdasarkan Healthcare Distribution Management Association (HDMA), yang sebelumnya National Wholesale Druggist's Association, terdapat ribuan pedagang besar. Beberapa dari setengah lusin pedagang tersebut bertanggung jawab pada mayoritas penjualan. Pedagang besar dengan pelayanan penuh ini memperoleh obat secara langsung dari industri dan mendistribusikannya ke apotek (keduanya berdiri sendiri dan berjejaring), institusi dan pedagang besar

lainnya. Beberapa apotek jaringan dengan pusat distribusi regional atau lokal yang mendapat obat dari pedagang besar dalam jumlah besar dan mengemas kembali obat-obat tersebut dalam ukuran kemasan yang lebih memungkinkan pada tingkat apotek.

Pedagang besar yang besar dan berpelayanan penuh hanyalah salah satu tipe dari pedagang besar yang tersedia untuk memasok apotek dan institusi kesehatan lainnya dengan obat-obatan. Ada juga pedagang besar regional, pedagang besar yang lebih kecil dan pedagang besar sekunder (Eastern Research Group, 2001). Ciri-ciri perbedaan utama tipe pedagang besar yang berbeda meliputi pemberian layanan, status otoritas mereka menurut Prescription Drug Marketing Act (21 CFR Parts 203 and 205) dan jumlah penjualan mereka. Berdasarkan interpretasi yang tepat dari 21 CFR Parts 203 and 205, hanya pedagang besar dengan layanan penuh diberikan hak. Penunjukan ini ditetapkan untuk distributor yang memiliki kontrak distribusi tertulis dan resmi dengan pabrik dan mengadakan lebih dari dua transaksi dengan pabrik selama periode waktu 24 bulan. Tipe pedagang grosir lain mungkin mengadakan bisnis dengan pabrik dan tidak memiliki kontrak distribusi tertulis yang resmi. Jika tidak memiliki otoritas, mereka harus menyediakan dokumentasi asal usul obat seperti ditetapkan pada 21 CFR Part 203.

Perbedaan tipe pedagang besar mungkin digunakan untuk memenuhi perbedaan kebutuhan di dalam apotek. Sebagai contoh, satu pedagang besar mungkin menawarkan jadwal pengiriman yang lebih baik, pelayanan yang lebih efisien, atau harga yang lebih baik. Selain itu, pedagang besar yang lebih kecil dan pedagang besar sekunder mungkin tidak dapat memenuhi semua kebutuhan apotek dengan memperhatikan batasan produk dan pada waktu darurat. Saat barang didapatkan dari para pemasok, pengaturan simpanan produk ini sangat penting dalam suatu apotek.

■ MANAJEMEN INVENTORI

Inventori merupakan pengeluaran terbesar pada farmasi komunitas (seperti pengukuran presentase penjualan) (West, 2002). Ini membuat manajemen inventori sangat penting dalam apotek. Terlalu banyak inventori terlihat seperti tumpukan uang di rak, dan terlalu sedikit menyebabkan sistem menjadi tidak efisien. Bayangkan suatu skenario ketika Anda dibayar berdasarkan mingguan. Anda pergi ke toko grosir untuk membeli makanan. Apakah Anda akan membeli semua susu yang akan Anda butuhkan selama satu bulan penuh? Mungkin tidak, karena susu ini mungkin menjadi asam sebelum Anda meminumnya, sehingga mengapa Anda menghabiskan uang untuk membeli semua susu itu saat Anda mungkin akan dibayar lagi sebelum Anda perlu membeli susu lagi. Anda dapat menggunakan uang itu untuk sesuatu selain susu yang hanya akan diletakkan

di rak Anda selama sebulan penuh. Sekarang bayangkan situasi yang sama dengan pembiayaan pengobatan yang lebih besar dari segalon susu. Manajemen inventori akan dibahas lebih luas pada Bab 22, tetapi manajemen ini penting untuk melihat hubungan antara operasional yang digunakan untuk menyediakan produk serta layanan dan manajemen inventori yang efisien. Pencegahan tumpukan uang di rak dalam bentuk inventori dapat memungkinkan apotek untuk membayar sumber daya lain di dalam bisnis. Ketidakmampuan untuk membayar ini mungkin menyebabkan apotek untuk mengeluarkan biaya tambahan sehingga mengurangi profitabilitas bisnis ini.

■ PEMELIHARAAN

Pemeliharaan sumber daya digunakan untuk menghasilkan produk dan layanan agar selalu tersedia, atau risiko kerusakan sumber daya pada operasional meningkat. Ini mudah dimengerti bagaimana pemeliharaan mesin yang digunakan untuk produksi secara langsung berhubungan dengan efisiensi operasional. Jika mesin rusak dan memerlukan biaya perbaikan, profitabilitas menurun. Hubungan dengan pelayanan tidak cukup jelas, tapi ini sama pentingnya. Ketika anda berjalan ke dalam restoran, apakah Anda ingin makan di meja yang reyot dan kotor? Jawabannya pasti tidak. Pasien tidak ingin membeli barang yang tertutup debu. Mereka tidak ingin berjalan di atas meja layanan untuk mempelajari bagaimana mengatur pada glukosa dalam darah mereka pada perlengkapan tes yang tidak dibersihkan dengan benar atau tidak difungsikan dengan benar. Pemeliharaan pada area-area tempat pemberian layanan akan memengaruhi kepuasan pasien dan pada akhirnya memengaruhi patronasi penawaran bisnisnya.

■ KESIMPULAN

Ketika Marie Lassiter berjalan ke dalam apotek untuk penebusan resepnya, dia kemungkinan besar tidak mempertimbangkan banyaknya sumber yang terkait untuk memberikan pelayanan kepadanya. Dia mungkin tidak menyadari kompleksitas operasional yang terjadi untuk menyediakannya dengan layanan tersebut, dan Marie bahkan tidak perlu mengetahuinya. Farmasis, terutama yang dalam posisi untuk membuat keputusan operasional, tidak hanya butuh menyadari masalah ini, tetapi mereka juga tetap menjadi lebih menguntungkan dengan mengetahui bagaimana menganalisis masalah ini dan mengaturnya secara lebih efektif.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apakah hasil bisnis berikut ini termasuk produk dan layanan?
 - a. Penyiapan resep
 - b. Peracikan resep
 - c. Penjualan obat OTC
 - d. Pemberian bantuan kepada pasien untuk memahami bagaimana menangani penyakitnya
 - e. Pemberian bantuan kepada pasien untuk memahami bagaimana meminum obatnya
2. Bagaimana seseorang memutuskan apakah suatu produk atau layanan yang ditawarkan berpotensi menghasilkan keuntungan, tetapi mungkin membahayakan kesehatan pasien (misalnya menjual alkohol atau tembakau)?
3. Pikirkan tentang penyiapan resep sebagai suatu pelayanan jasa. Bagaimana farmasis memberikan nilai tambah? Bagaimana produk dapat diubah di apotek?
4. Kategorikan pelayanan yang diberikan oleh farmasi komunitas menjadi tiga kategori, yakni pelayanan konsumen, pelayanan produk, dan produk layanan.
5. Buat daftar personel yang terlibat dalam profitabilitas apotek komunitas.
6. Buat daftar personel yang terlibat dalam profitabilitas apotek institusional.

■ TOPIK DISKUSI KELOMPOK KECIL

1. Berdasarkan skenario pada kondisi apotek institusi. Kembangkan satu diagram proses untuk skenario tersebut. Apa yang menjadi sumber daya utama yang digunakan pada tiap tahapan proses? Peluang manajemen operasional apa yang anda lihat?

Marie merasa kurang sehat, dan dia menemui dokternya di rumah sakit setempat. Dokter tersebut memberikan resep untuk Marie. Dia menuliskan resep dalam lembar duplikat. Satu diletakkan di kotak yang selanjutnya diambil oleh asisten apoteker, lembar lainnya dimasukkan dalam catatan pengobatan Marie. Saat permintaan masuk ke apotek, farmasis memasukkan permintaan tersebut ke dalam computer, dan obat-obatan diambil dari inventori untuk diteruskan ke bagian pengiriman. Pada hari berikutnya, permintaan obat untuk Marie, bersama dengan seluruh permintaan obat lain untuk pasien

di rumah sakit, dicetak sehingga suatu keranjang obat dapat disiapkan untuk pengobatan pada hari tersebut. Asisten apoteker menyiapkan wadah dalam keranjang obat, dan farmasis melakukan kontrol terhadap wadah yang telah diisi. Setelah wadah obat diperiksa, keranjang obat tersebut dikirim ke ruangan. Sore harinya, farmasis klinis mengunjungi Marie di ruangnya untuk memberikan obat untuk Marie.

2. Skenario dalam bab tersebut sebagai gambaran masukan dan luaran yang digunakan dan dikelola saat peracikan resep. Sumber daya dan hasil apa saja yang mungkin berkaitan dengan pelayanan manajemen kondisi penyakit pada pasien diabetes? Dapatkah tiap-tiap hal tersebut dikelola? Prioritaskan mereka berdasarkan pada masukan (*input*) yang dapat meningkatkan menghasilkan nilai tambah hasil (*output*) pelayanan. Bagaimana Anda memutuskan untuk memilih nilai yang terbaik?
3. Pilih pelayanan penatalaksanaan kondisi penyakit tertentu. Kembangkan diagram proses untuk layanan tersebut. Tahap apa dari proses tersebut yang diperkirakan menyebabkan kondisi leher botol? Sumber daya apa saja yang diperlukan pada tiap-tiap tahap proses tersebut?

REFERENSI

- Brax S, 2005. A manufacturer becoming service provider: Challenges and a paradox, *Manag Service Qual* 15:142-55.
- Bruner RF, Eaker MR, Freeman, RE, et al. 1998. Operations management: Implementing and enabling strategy. In *The Portable MBA*, hlm. 125. New York: Wiley.
- Eastern Research Group, Inc. 2001. Profile of the Prescription Drug Wholesaling Industry: Examination of Entities Defining Supply and Demand in Drug Distribution. Final Report. Task order No. 13; Contract No. 223-98-8002. Rockville, MD: Food and Drug Administration, www.fda.gov/oc/pdma/report2001/attachmentg/toc.html.
- Heizer J, Render B, 1999. *Operations Management*, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Johnson R, 1998. *Managing Operations*: Butterworth Heinemann.
- Kotler P, Keller KL, 2006. *Marketing Management*, 12th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Lewis CD. 1981. Forecasting. In Lewis CD (ed), *Operations Management in Practice*. New York: Wiley.
- Lobb W, Shah M, Bonnarens J, Wilkin NE. 2002. Contributions to buyers. *J Pharm Market Manag* 14:87.
- Mantel SJ, Evan JR. 1992. *Operation Management for Pharmacists: Strategy and Tactics*. Cincinnati, OH: Institute for Community Pharmacy Management.
- Mathieu, V. 2001. Service strategies within the manufacturing sector: Benefits, costs and partnership. *Int J Serv Indus Manag* 12:451-75.
- Mudie P, Cottam A. 1999. Service quality. In *The Management and Marketing of Services*, 2nd ed. Boston: Butterworth Heinemann.
- Robson GD. 1991. *Continuous Process Improvement*. New York: Free Press.
- Vargo SL, Lusch RF. 2004. The four service marketing myths: Remnants of goods-based, manufacturing model. *J Serv Res* 6:324.
- West D, ed. 2002. *NCPA Pharmacia Digest*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.
- Wiklin NE. 2006. *Profiles of Innovation in Community Pharmacy: Final report*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.

BACAAN PENDUKUNG

- Bassett G. 1992. *Operations Management for Service Industries: Competing in the Service Era*. Westport, CT: Quorum Books.
- Greasley A. 1999. *Operations Management in Business*. Cheltenham, Glos, Great Britain: Stanley Thornes.
- Vpindle DP. 1989. *Service Management Systems*. New York: McGraw-Hill.

PENGELOLAAN TEKNOLOGI DAN SISTEM INFORMASI APOTEK

Margaret R. Thrower dan Bill G. Felkey

Tentang penulis: Dr. Thrower adalah seorang Regional Clinical Coordinator untuk McKesson Medication Management. Beliau memperoleh gelar B.S. dalam bidang biologi dari Southeast Missouri State University serta gelar B.S dan pascasarjana Pharm.D. dari St. Louis College of Pharmacy pada tahun 2001. Beliau menyelesaikan pascadoktoral residensi spesialis pada bidang informatika obat dengan DrugDigest.org, Express Scripts, Inc., dan St. Louis College of Pharmacy.

Mr. Felkey adalah seorang Professor of Pharmacy Care Systems pada Harrison School of Pharmacy di Auburn University. Profesor Felkey memperoleh gelar B.A. dalam bidang psikologi dan komunikasi media (gelar ganda) dari University of Maine pada tahun 1975 dan memperoleh gelar M.S. pada bidang teknologi sistem instruksional dari Indiana University pada tahun 1977. Beliau merupakan orang terkemuka yang diakui secara internasional sebagai narasumber dari industri informasi dan komputer, sistem kesehatan, organisasi farmasi, dan industri farmasi serta telah menulis lebih dari 1.100 presentasi dan publikasi. Beliau sebagai Founding Editor of *Computer Medicine for the Hospital Pharmacist*. Beliau memperoleh penghargaan the Professor the Year Award dan the Outreach Award for Excellence dari Auburn University selain berbagai penghargaan tingkat nasional dan internasional yang telah diperolehnya.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami pentingnya teknologi dan otomasi dalam mengelola informasi yang digunakan oleh farmasi dalam praktik.
2. Mengidentifikasi kebutuhan teknologi dan proses yang dapat digunakan untuk memilih pemasok produk-produk teknologi yang tepat.
3. Mengidentifikasi komponen utama dalam teknologi yang mendukung apotek.
4. Mengidentifikasi peran teknologi dalam bidang pelayanan.
5. Menjelaskan fungsi dan tujuan penggunaan Internet yang dapat memfasilitasi manajemen praktik asuhan kefarmasian.
6. Memahami kebutuhan untuk dan evaluasi informasi yang diperoleh dari Internet.
7. Mengevaluasi kebutuhan teknologi dan otomasi dalam praktik kefarmasian.
8. Memahami pentingnya integrasi sistem yang digunakan dalam praktik kefarmasian.

■ SKENARIO

Jennifer Russo telah menyelesaikan kurikulum doktor farmasi dan kemudian melanjutkan menyelesaikan residensi farmasi dan residensi spesialis pada bidang penyakit infeksi. Dia

baru saja menerima posisi sebagai seorang spesialis klinis pada rumah sakit pendidikan yang besar. Jennifer menerima pekerjaan tersebut karena ia menginginkan untuk dapat memberikan dampak langsung pada penggunaan obat yang tepat untuk meningkatkan tingkat kesembuhan pasien melalui edukasi pada dokter dan pemberi resep lainnya. Tanggung jawab utamanya adalah untuk menerapkan suatu program pengawasan antimikrobia bekerja sama dengan kepala penyakit infeksi. Dia menulis permintaan untuk mendapatkan kultur dan sensitivitas terhadap antibiotik, membuat rekomendasi tentang obat dan dosis yang tepat, memberikan edukasi pada dokter tentang penggunaan obat yang tepat, dan menulis permintaan untuk penyesuaian dosis pada pasien dalam institusi tersebut. Dia juga mengawasi pengasuhan pada pasien dan menjaga inventori obat-obat yang digunakan. Untuk menyelesaikan tugas-tugas tersebut secara efektif, dia harus bekerja bolak-balik di antara lima sistem komputer yang berbeda. Satu sistem untuk menampung data tingkat laboratorium, sistem lainnya digunakan untuk penagihan rumah sakit, dan sistem yang ketiga untuk basis data inventori obat. Dia juga memiliki piranti lunak program farmakokinetik yang membantunya dalam menghitung dosis dan memperkirakan frekuensi interval untuk mendapatkan kadar obat berikutnya dan juga berisi basis data informasi obat. Selanjutnya, dia harus memasukkan data dari empat sistem yang berbeda ini ke dalam sistem berbasis apotek yang digunakan di apotek pusat untuk manajemen pasien. Data yang relevan kemudian diambil dari aplikasi ini dan disimpan pada tempat penyimpanan yang disebut sebagai *health information exchange* (HIE) yang memungkinkan penyedia jasa lain dapat melihat data pasien yang berhubungan dengan informasi farmasi pada saat pengambilan keputusan. Dia menghabiskan waktu berjam-jam dalam sehari untuk mengakses dan mengumpulkan data dari berbagai basis data dan menghabiskan waktu yang lebih banyak lagi untuk memasukkan permintaan dan menggabungkan data dari sumber yang berbeda ke dalam basis data utama apotek pusat. Setelah beberapa minggu, Jennifer menjadi frustrasi dan merasa bahwa dia tidak bersekolah di fakultas farmasi untuk menghabiskan sebagian besar waktunya mengumpulkan dan memproses data. Dia merasa sangat terganggu dan secara spontan menyatakan pada kepala instalasi farmasi "Seharusnya ada jalan yang lebih mudah!"

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana penggunaan teknologi mengubah praktik kefarmasian?
2. Bagaimana peran farmasis dalam memberikan produk dan layanan kefarmasian yang berkembang selama beberapa dasawarsa belakangan ini?
3. Peran apakah yang dilakukan oleh teknologi dalam manajemen informasi?
4. Bagaimana tekanan peningkatan volume persepsian dapat diseimbangkan dengan meningkatnya fokus pelayanan pada pasien serta akses pada informasi pasien yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan kefarmasian?
5. Bagaimana internet dan *e-commerce* memengaruhi praktik kefarmasian?
6. Apakah pentingnya integrasi sistem di antara teknologi-teknologi yang digunakan pada praktik kefarmasian?
7. Apakah hambatan utama pada penggunaan teknologi oleh pegawai apotek?

■ TEKNOLOGI SANGAT PENTING DALAM PENGELOLAAN DATA DAN OPERASIONAL

Dahulu, adopsi dan investasi pada sistem informasi di bidang kesehatan tertinggal jauh dibelakang dibandingkan industri-industri lain. Akan tetapi, jurang pemisah ini sekarang semakin berkurang. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya fakta bahwa di tahun 1999, 46 persen rumah sakit masih menggunakan catatan administrasi pengobatan (*medication administration record*, MAR) yang ditulis dengan tangan, tetapi hal ini telah berkurang menjadi 24 persen di tahun 2005 (Pedersen, 2006). Akan tetapi, masih terdapat banyak peluang karena implementasi MAR elektronik telah menggantikan tulisan tangan dan MAR yang tercetak pada sekitar 20 persen rumah sakit (Sandborn, 2007). Apotek berukuran sedang yang memiliki manajemen yang efektif pada akhirnya akan melampaui batas kemampuan manusia. Oleh sebab itu, teknologi seharusnya digunakan secara tepat dalam suatu pendekatan sistem yang dirancang untuk mendukung operasional suatu apotek. Farmasis perlu memiliki pengetahuan yang cukup untuk menjadi pengguna teknologi yang tersedia. Mereka perlu memahami kapasitas dan keterbatasan teknologi tersebut. Bab ini akan menitikberatkan pada konsep teknologi, keahlian, dan sikap yang dibutuhkan oleh farmasis untuk menjadi manajer informasi yang efektif. Informasi merupakan denominator umum pada semua sistem, disiplin dan spesialisasi asuhan kesehatan saat ini.

Pengelolaan informasi yang jumlahnya saat ini meningkat dengan amat pesat merupakan suatu tantangan bagi para praktisi perawatan kesehatan. Sumber pustaka primer terus bertambah dengan sangat cepat, yakni lebih dari 20.000 jurnal biomedik diterbitkan setiap tahunnya (Lowe and Barnett, 1994). Untuk dapat mengikuti jumlah informasi yang sangat besar ini, seseorang perlu membaca 6.000 artikel tiap harinya (Arndt, 1992). Selain jumlah publikasi

informasi medis tersebut, farmasis juga harus mengelola profil pasien yang berisi informasi tentang kondisi penyakit dan pengobatannya dalam jumlah yang sangat besar. Dalam satu hari, seorang farmasis komunitas umumnya mengakses ratusan dari ribuan sampai sepuluh ribu profil pasien yang ada di apoteknya. Sehubungan dengan itu, pada pasien yang ada di rumah sakit, catatannya jarang mengalami perubahan sehubungan dengan permintaan obat dalam jangka waktu hanya satu atau dua hari. Sistem manajemen informasi yang tepat dibutuhkan untuk digunakan melalui adopsi dan penggabungan teknologi.

Untuk tujuan bab ini, *teknologi* didefinisikan sebagai “segala sesuatu yang menggantikan pekerjaan rutin atau berulang yang sebelumnya dikerjakan oleh manusia atau yang meningkatkan kemampuan manusia untuk mengerjakan pekerjaannya” (Rough, 2001, hlm. 85). Istilah otomasi merujuk pada “segala teknologi, alat atau mesin yang dihubungkan atau dikontrol oleh komputer dan digunakan untuk melakukan pekerjaan yang sebelumnya dilakukan oleh manusia” (Rough, 2001, hlm. 85). Pemahaman mengenai perbedaan ini sangat penting dari sejak awal dan untuk mengingat bahwa semua otomasi adalah teknologi, tetapi sebaliknya tidak selalu berlaku. Selain untuk membedakan antara teknologi dan otomasi, sedikit pengetahuan tentang pengolahan data sangat dibutuhkan sebagai prasyarat awal untuk memahami pengaruh teknologi pada praktik kefarmasian.

■ LEVEL PENGOLAHAN DATA

Komputer menggunakan banyak level dalam pengolahan data pada kegiatan sehari-hari di suatu apotek. Tingkatan yang paling mudah dalam pengolahan data tersebut disebut dengan *proses transaksi*. Penerimaan pembayaran dari resep akan menghasilkan suatu transaksi. Pengelolaan resep dari penerimaan sampai penyerahan obat melibatkan beberapa transaksi. Tingkat berikutnya dalam pengolahan data adalah *manajemen sistem informasi*. Proses pengolahan data pada tingkat ini menghasilkan beberapa kelompok data yang memiliki arti tertentu. Hal tersebut menyebabkan para administrator dapat mengenali tren yang dapat memperkirakan keberhasilan suatu organisasi. Selain itu, tingkat manajemen sistem informasi tersebut dapat membantu menetapkan kebutuhan untuk hal-hal tertentu seperti jam kerja staf, manajemen inventori, dan penggantian pembayaran oleh pihak ketiga. *Dukungan pengambilan keputusan*, adalah tingkatan berikutnya dalam pengolahan data, terjadi ketika komputer berfungsi untuk memberikan dukungan saat terjadi transaksi. Suatu contoh dukungan pengambilan keputusan adalah modul telaah penggunaan obat (*drug utilization review*, DUR), yakni farmasis mendapatkan peringatan

tentang adanya masalah terkait-obat yang potensial ketika mereka sedang mengerjakan resep atau pesanan obat. Saat ini, tingkatan tertinggi dalam pengolahan data menggunakan *artificial intelligence* dan/atau *expert system*. *Expert system* dapat digunakan untuk membantu mengarahkan pemberi layanan melewati keputusan terapi yang kompleks atau untuk menolong penyedia jasa dalam menentukan kapan seorang pasien yang telah didiagnosis dengan kondisi terminal dengan kualitas hidup kurang untuk menentukan sistem *extraordinary life-support* perlu dilanjutkan atau tidak. *Expert system* merupakan suatu program yang menggunakan sejumlah aturan tertentu untuk membuat keputusan. *Expert system* terdiri dari dasar pengetahuan dan mesin yang dapat mengambil kesimpulan berdasarkan data atau fakta. Tujuan dari *expert system*, contohnya program diagnostik elektrokardiogram (EKG) atau suatu program pemilihan produk formularium obat, adalah untuk mengumpulkan aturan dan pengetahuan manusia yang diterapkan pada dasar pengetahuan sehingga proses diagnosis dan pemilihan dapat terjadi dengan sangat konsisten dan dapat diandalkan.

■ PIRANTI KERAS

Istilah *piranti keras* meliputi perangkat komputer yang digunakan untuk melakukan aktifitas memasukkan, memproses, dan mengeluarkan data. Peningkatan pemahaman tentang bagaimana komputer melakukan fungsi pengolahan data dapat diperoleh dengan memiliki pengetahuan dasar tentang piranti keras yang tampak dan tidak tampak yang dibutuhkan oleh komputer untuk berfungsi secara tunggal atau bersama dalam jaringan komputer lainnya. Piranti yang tampak termasuk di antaranya beberapa piranti yang dapat dilihat oleh seseorang ketika memasuki area kerja, seperti misalnya komputer kerangka utama, *server*, tempat kerja, dan alat meracik obat. Banyak sistem piranti keras diletakkan di “balik layar”, termasuk jaringan yang menghubungkan dua atau lebih tempat kerja, *router* yang menyampaikan informasi di dalam jaringan, *gateway* dan *switches*. Piranti keras periferil tambahan yang digunakan khusus pada bidang farmasi termasuk diantaranya pemindai dokumen dan *barcode*, alat robotik, dan mesin cetak laser berkualitas tinggi.

■ PIRANTI LUNAK

Peracikan dan Telaah Penggunaan Obat

Piranti lunak tersedia dalam dua kategori utama, yaitu sistem operasional dan aplikasi piranti lunak. Setiap sistem piranti keras harus menggunakan suatu piranti lunak sistem operasional untuk mengatur penggunaan alat-alat yang terdapat dalam sistem tersebut. Piranti lunak yang

membuat pengguna dapat menggunakan semua aplikasi untuk mengerjakan pekerjaannya dengan baik merupakan piranti lunak kategori kedua. Piranti lunak yang digunakan untuk mengelola peracikan obat dan proses distribusi adalah contoh dari aplikasi piranti lunak dan telah ada sejak tahun 1970. Selain penyimpanan informasi resep, menjaga profil pasien, dan mengawasi tingkat inventori, piranti lunak yang berhubungan dengan distribusi juga memiliki fungsi DUR yang dapat membantu farmasis dalam memberikan pesan peringatan kepada mereka apabila terdapat DRP (*drug-related problem*) potensial ketika mengerjakan resep. First DataBank, suatu penyedia jasa informasi obat secara elektronik, memberikan dasar ilmu untuk integrasi ke dalam aplikasi kesehatan. Modul-modul yang tercantum dalam Tabel 6-1 menggabungkan dukungan pengambilan keputusan klinis dan merupakan sekelompok materi yang tersedia untuk memberikan lisensi kepada penyedia sistem informasi farmasi untuk digunakan pada aplikasi piranti lunaknya, seperti DUR dan peracikan produk farmasi.

Piranti Lunak untuk Asuhan Kefarmasian

Sistem informasi klinis yang berdiri sendiri atau tidak terintegrasi pada sistem lain sangat umum dalam praktik farmasi klinis. Sistem tersebut umumnya melibatkan farmasis dalam memasukkan data pasien secara manual dalam penggunaannya untuk mengelola farmakoterapi pasien (Felkey, 1997). Piranti lunak yang berfokus pada asuhan (*point-of-care software*) dapat didefinisikan sebagai "piranti lunak yang digunakan pada tempat farmasi memberikan asuhan kefarmasian kepada pasien atau saat membantu kolega (farmasis, dokter, atau perawat) dalam memberikan layanan pada pasien." Piranti lunak farmasi klinis harus dapat berintegrasi dengan segala aspek farmasi termasuk didalamnya program manajemen dan distribusi, untuk memastikan bahwa layanan dapat dikoordinasikan dengan baik (Felkey and Fox, 2003a). Sistem manajemen apotek, seperti Etreby, QS/1, dan PDX, yang terutama berupa sistem distribusi apotek, telah menambahkan sumber daya dan tampilan yang diperlukan untuk melakukan manajemen asuhan kefarmasian. Beberapa perusahaan lainnya, seperti CarePoint, memulai produk mereka sebagai program asuhan kefarmasian dan selanjutnya menambahkan sistem manajemen farmasi sebagai tambahan untuk mendukung distribusi.

■ ALAT YANG BERFOKUS PADA ASUHAN (Point-of-Care Device)

Penggunaan teknologi *point-of-care* memungkinkan tenaga kesehatan untuk menjadi lebih efektif dan efisien dalam pekerjaan sehari-hari. *Point-of-care device* meliputi, tetapi tidak terbatas pada, komputer *notebook*, *desktop*, dan *personal*

digital assistant (PDA). Untuk dapat berguna bagi para praktisi, komputer harus mengandung informasi obat yang berorientasi pada pasien, termasuk di dalamnya gabungan sumber informasi primer, sekunder, dan tersier yang tepat tentang topik-topik farmasi dan medis. Alat tersebut dapat menggunakan akses Internet untuk mendapatkan data spesifik pasien dari basis data jarak jauh. Hal ini membantu untuk integrasi data yang tersedia yang dihasilkan sebagai produk sampingan pemberian layanan pasien ke dalam gudang data dan penyimpanan data klinis. Gudang data tersebut kemudian mampu menggabungkan aplikasi yang membantu pembuatan keputusan pada titik asuhan dan mengurangi keraguan farmasis saat membuat keputusan. Gudang data tersebut mengumpulkan data seperti demografi pasien, informasi diagnostik, reaksi obat merugikan dan alergi obat, hasil laboratorium, dan profil obat untuk membuat semua data tersebut tersedia untuk digunakan oleh para pembuat keputusan klinis.

Jaringan nirkabel memungkinkan para tenaga kesehatan profesional memiliki fleksibilitas yang lebih besar dalam pemberian layanan pasien karena mereka dapat melakukan layanan pada pasien dan tidak perlu membawa pasien pada tempat layanan. PDA digunakan untuk menghubungkan layanan nirkabel tersebut, yang membuat penyampaian informasi pada saat dibutuhkan menjadi lebih mungkin dilaksanakan (Felkey and Fox, 2003b).

Program yang sering diperbarui, bahkan tiap hari, telah tersedia, dan dapat dimasukkan pada PDA untuk memberikan akses pada farmasis tentang informasi yang terbaru. Evaluasi klinis pada program informasi obat PDA yang baru telah dimulai tetapi dipersulit oleh adanya pembaruan basis data yang terus menerus dan tidak adanya badan sertifikasi. Akan tetapi, evaluasi sangat berguna bagi pemublikasi program-program ini karena mereka memberikan umpan balik yang berharga dan memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas informasi obat.

ePocrates RxPro adalah suatu piranti lunak yang tersedia untuk PDA yang berisi informasi obat yang komprehensif, termasuk di dalamnya obat-obat alternatif dan penyakit infeksi (Gbr. 6-1). Piranti lunak tersebut diperbarui setiap hari. Salah satu keuntungan yang sangat berguna dari piranti lunak ini adalah alat ini memberikan informasi formularium yang spesifik terhadap daerah tertentu untuk membantu klinisi dalam memilih produk yang dilayani oleh asuransi milik pasien. LexiComp Platinum (Gbr. 6-2) adalah suatu program komprehensif yang tersedia untuk diunduh pada PDA dan pada satu evaluasi, disebut sebagai "yang paling dapat diandalkan secara klinis" dan telah dinyatakan sebagai penawaran "informasi yang paling luas" dari semua program yang dievaluasi (Enders, Enders, and Holstad, 2002). Monografi yang memiliki kualitas lebih tinggi daripada sebagian besar sistem manajemen farmasi dapat dicetak pada

Sampai Modul yang Tersedia Untuk Membedakal Izin Kepada Pengembang Sistem Informasi Apotek dari Bank
 Bank Indonesia

development of a specific mechanism for the storage and release of information about specific

Identifikasi reaksi alergi yang terpicu dan sensitivitas silang antara obat dan alergen khusus yang diketahui oleh

10. **Penyakit** : Penyakit yang dialami dan disebabkan oleh bakteri, jamur, virus, dan parasit lainnya.

Journal Pre-proof

Manuscript received 10/10/2014; accepted 11/10/2014. Published online 12/10/2014. DOI: 10.1016/j.jmb.2014.10.005

1. **Interaksi Obat** : Obat yang berinteraksi dengan makanan dapat mempengaruhi kadar obat dalam darah. Contoh: Obat pengencer darah (warfarin) berinteraksi dengan sayuran hijau yang kaya vitamin K.

Manajemen farmasi adalah penyediaan, pemberian, penggunaan, dan pengelolaan obat pada pasien yang menderita penyakit tertentu atau kondisi kesehatan lainnya yang memiliki komposisi atau uji kualitas tertentu.

Masih banyak obat-obat lain yang dapat menimbulkan interaksi obat-obat yang berbahaya, oleh karena itu perlu untuk selalu berhati-hati dalam menggunakan obat-obat tersebut.

monografi diterbitkan secara khulis. Monografi teks penuh juga dimasukkan untuk para profesional

Verifikasi hasil gambar, Pengaliran secara akurat dan tepat waktu terhadap duplikasi terapi obat, bahan obat, dan penggunaan resep farmasi.

Model Kompatibilitas Intravena: Data tentang penerimaan otomatis terhadap kompatibilitas fisikokimia dan inkompatibilitas sedimen IV.

Monografi Medis : Basis data tentang rincian informasi edukasi pasien yang memungkinkan para profesional layanan kesehatan untuk memberikan instruksi tertulis yang mudah dipahami tentang terapi obat.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh penggunaan teknologi informasi terhadap efisiensi proses bisnis di perusahaan X. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian kuantitatif deskriptif. Data dikumpulkan melalui kuisioner yang disebarluaskan kepada karyawan di perusahaan X. Analisis data dilakukan menggunakan teknik analisis regresi linier berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan teknologi informasi memiliki pengaruh positif yang signifikan terhadap efisiensi proses bisnis. Semakin tinggi penggunaan teknologi informasi, semakin tinggi efisiensi proses bisnis. Penelitian ini memberikan kontribusi pada literatur tentang teknologi informasi dan efisiensi proses bisnis. Penelitian ini juga memberikan implikasi bagi perusahaan untuk meningkatkan penggunaan teknologi informasi untuk meningkatkan efisiensi proses bisnis.

menyebutkan hal yang salah dan benar

Model Efek Samping: Alat pendukung keputusan yang secara cepat mengidentifikasi dan memantau efek samping.

tempat asuhan dan tersedia melalui produk paket elektronik Micromedex.

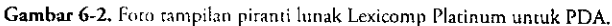
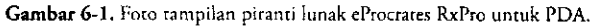
Lebih dari 26.000 situs kesehatan dan pengobatan tersedia pada World Wide Web. DrugDigest.org adalah suatu situs Web berbasis bukti untuk konsumen yang berisi basis data obat yang komprehensif dan bertujuan untuk mendorong pasien dengan menyediakan informasi obat dan kesehatan yang tidak bias. Keunikan situs tersebut adalah perbandingan obat-obat, perbandingan efek samping, dan pemeriksaan interaksi obat yang tertulis dengan bahasa yang dapat dipahami oleh pasien. Selain itu, situs tersebut memiliki *streaming video* tentang memberikan instruksi pada pasien mengenai penggunaan insulin, serta tetes mata dan tetes telinga dan penggunaan *inhaler* yang benar.

Terdapat teknologi yang baru muncul yang dapat memfasilitasi penggantian biaya dari penyedia jasa untuk pemberian semua hal yang yang dijabarkan sebagai “informasi penguat-resep” (Kemper, 2002, hlm. 116) atau sumber informasi yang dapat “diresepkan” untuk pasien. Sumber-sumber ini dapat digunakan untuk memotivasi pasien dalam mencari dan mengelola perawatan diri sendiri. Ini sangat memungkinkan untuk melengkapi pasien dengan informasi manajemen perawatan diri sendiri untuk membantu mereka menentukan kapan layanan profesional dibutuhkan dan bagaimana untuk mengatasi luka dan penyakit yang ringan.

Pasien umumnya bergantung pada tenaga kesehatan yang terlatih untuk menentukan apa yang baik bagi mereka untuk diketahui dan dalam urutan yang bagaimana mereka harus melakukan perubahan terhadap perilaku kesehatan mereka. Jadi, suatu saat nanti, informasi yang diberikan seperti ini akan dapat digantikan biayanya.

■ PROSES SELEKSI

Apotek dan direktur apotek harus terlibat dalam pemilihan dan proses implemantasi, meskipun pada kenyataannya seringkali pengambilan keputusan untuk sistem informasi (*information system*, IS) dibuat oleh level yang lebih tinggi (Sanborn, 2007). Tanggung jawab atas menyadari pentingnya keuntungan tetap menjadi kunci utama keberhasilan dan tidak boleh diabaikan pada saat memilih sistem (Clark, 1999). Penambahan teknologi baru pada organisasi farmasi adalah suatu investasi uang dan waktu yang berjangka panjang. Pemilihan teknologi baru mungkin tidak reversibel sehingga ini merupakan pengambilan keputusan yang sangat penting. Proses pemilihan teknologi sebaiknya tidak dilakukan sampai organisasi memutuskan kebutuhan teknologi yang ingin dicapai. Organisasi harus menjawab beberapa pertanyaan berikut sebelum memilih/menambahkan teknologi/otomasi baru (Lewis, Albrant, dan Hagel, 2002):



- Banyak organisasi menyadari bahwa mereka tidak memiliki waktu yang cukup untuk membangun sistem mereka sendiri yang dapat memenuhi kebutuhan organisasi. Organisasi tersebut harus melalui proses pemilihan teknologi. Keputusan untuk bekerja sama dengan perusahaan sistem informasi harus dipertimbangkan dengan sangat serius. *Kehati-hatian (due diligence)* adalah istilah yang harus digunakan pada saat pembeli memastikan dirinya sendiri akan mendapatkan keuntungan dari teknologi dan stabilitas keuangan dari

pemasok. Saat ada teknologi baru sedang dipertimbangkan, organisasi disarankan untuk menentukan arah tujuan mereka dengan adanya perubahan yang direncanakan tersebut sebelum mereka memulai proses seleksi. Dengan cara ini, teknologi akan dipilih berdasarkan pada kemampuannya untuk mencapai tujuan organisasi. Teknologi adalah suatu alat yang harus dapat diadaptasi untuk organisasi dan tidak sebaliknya (lihat Bab 3 dan 4 tentang perencanaan).

Pertimbangan Keamanan dan Kepatuhan terhadap HIPAA

Suatu survei yang dilakukan oleh Medical Records Institute pada tahun 2002 pada praktisi layanan kesehatan menitikberatkan pada implementasi alat teknologi bergerak dan aplikasi keamanan/kerahasiaan yang ada pada saat menerima atau mengirim informasi dan kurangnya kepatuhan terhadap *Health Information Portability and Accountability Act* (HIPAA) sebagai pertimbangan utama dari masing-masing 50 dan 34 persen responden. Kerahasiaan dan keamanan informasi terhadap akses yang tidak berizin harus mengikuti HIPAA. Beberapa sistem yang tersedia dapat membantu organisasi farmasi untuk tetap mengikuti peraturan HIPAA. Farmasis diwajibkan oleh undang-undang untuk menggunakan metode yang cukup baik dalam memastikan bahwa informasi kesehatan yang dilindungi tetap rahasia. Dari sudut pandang teknologi, *firewall*, yang biasanya digunakan sebagai kombinasi piranti keras dan piranti lunak, harus digunakan untuk melindungi sistem komputer dari akses yang tidak diinginkan. *Firewall* melakukan hal tersebut dengan meminta pengguna untuk memberikan keaslian peringkat mereka dalam memasuki sistem. Suatu *firewall* dapat mengizinkan akses publik pada beberapa informasi terbatas sekaligus membatasi semua akses informasi tentang pasien kecuali apabila pengguna memiliki kata kunci yang digunakan dari lokasi yang telah diketahui.

Teknologi yang secara digital dapat menangkap tanda tangan pasien, piranti lunak enkripsi, dan telekomunikasi diperlukan untuk melindungi privasi pasien dan keamanan data apotek. Farmasis juga harus memastikan bahwa bisnis yang tergabung menggunakan prosedur untuk melindungi informasi yang mereka tangani atas nama organisasi farmasi tersebut. Bahkan transaksi yang penting dalam mendukung fungsi suatu organisasi farmasi harus dapat mengamankan dan melindungi identitas pasien.

Dokumentasi adalah Sebuah Keharusan!

Dalam apotek, sering dikatakan bahwa "Bila tidak ada dokumentasi, hal tersebut dianggap tidak pernah terjadi." Dengan adanya slogan tersebut, sangat mudah untuk memahami pentingnya suatu sistem yang melaksanakan

dan mendukung dokumentasi. Ada kebutuhan untuk membangun atau memilih sistem dokumentasi yang ditawarkan sebagai produk sampingan dari transaksi yang dilakukan oleh tenaga profesional. Idealnya, suatu sistem harus dapat mengantisipasi dan melakukan pengumpulan awal bentuk dokumentasi. Dokumentasi adalah sebuah keharusan dalam sistem informasi yang telah didesain dengan baik sehingga suatu sistem tidak perlu dipertimbangkan bila tidak menawarkan dokumentasi yang efisien.

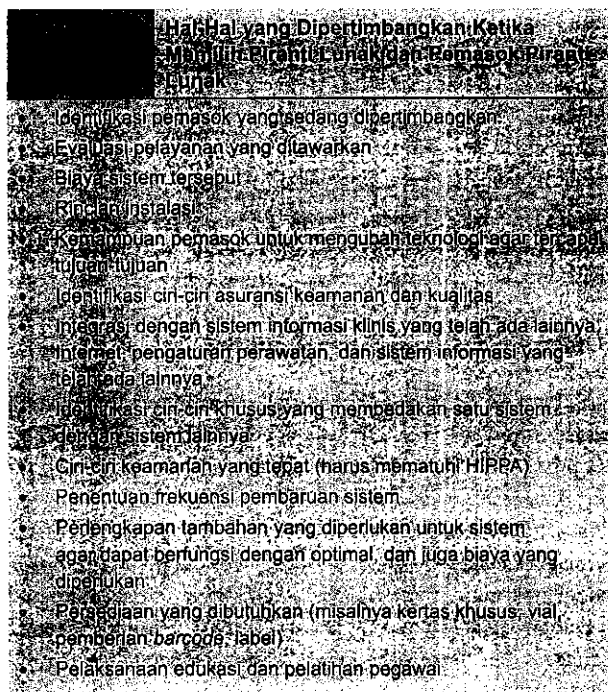
Pemasok Sebagai Kriteria Pemilihan

Saat memilih produk piranti lunak, kepala instalasi farmasi harus mempertimbangkan pemasok produk tersebut. Reputasi yang baik dari perusahaan dan kemampuannya untuk memberikan rekomendasi dari klien mereka sekarang dan terdahulu merupakan suatu hal yang sangat penting. Rencana instalasi harus sesuai dengan kebutuhan organisasi, tetapi juga harus realistis untuk pemasok. Ketika pemasok bertanggung jawab untuk desain sistem, masalah instalasi, edukasi, dan pelatihan pegawai menjadi tanggung jawab bagian farmasi.

Biaya perolehan dari sistem itu sendiri tampaknya cukup besar, tetapi dengan berjalannya waktu umumnya hanya merupakan sebagian kecil dari total biaya. Banyak faktor selain biaya perolehan sistem yang harus dipertimbangkan, seperti misalnya biaya pembaruan piranti lunak, pemeliharaan piranti keras, kontrak untuk layanan, dan proses klaim (Lewis, Albrant, dan Hagel, 2002). Tabel 6-2 memberikan daftar hal-hal yang harus dipertimbangkan oleh organisasi farmasi saat memilih piranti lunak dan pemasok piranti lunak (Felkey dan Fox, 2003b).

Sumber Daya untuk Memperoleh Data yang Diperlukan dalam Proses Pemilihan

Daftar hal-hal yang perlu di pertimbangkan pada Tabel 6-2 sangat banyak. Seseorang dapat kesulitan dalam proses pemilihan apabila tidak mengetahui di mana mencari informasi ini. Direktur apotek dapat menggunakan beberapa sumber untuk memperoleh data yang diinginkan, seperti kontak langsung dengan pemasok, kontak dengan klien saat ini atau klien terdahulu dari pemasok, laporan evaluasi mengenai teknologi tertentu, konsultan, dan Internet. Internet dapat digunakan untuk mencari umpan balik mengenai produk. Sebagian besar pemasok memiliki informasi tentang produk mereka di Internet; sehingga riset dan perolehan kembali menjadi jauh lebih mudah. Apabila informasi spesifik tidak terdapat pada situs Web, pemasok dapat dihubungi untuk klarifikasi lebih lanjut. Seorang konsultan yang dapat diandalkan dan berwawasan luas serta memiliki spesialisasi pada bidang teknologi perawakan



kesehatan dan, lebih spesifiknya lagi, pada bidang teknologi farmasi dapat membantu melakukan riset yang menghabiskan banyak waktu ini. Manajer apotek atau direktur apotek dapat mencari informasi melalui rekan-rekan mereka untuk melihat apakah mereka pernah menggunakan jasa konsultan, dan apakah mereka bersedia bekerja sama lagi dengan konsultan tersebut apabila mendapat kesempatan lain, atau apabila konsultan tersebut dapat ditemukan melalui Internet. Pilihan berikutnya adalah untuk mengunjungi klien-klien dari pemasok tersebut dan mencari informasi apakah mereka puas dengan produk dan layanan dari pemasok tersebut, dan apakah mereka bersedia untuk berinvestasi dengan pemasok yang sama seandainya mereka mendapat kesempatan lagi.

■ PEMELIHARAAN

Setelah sistem diterapkan, perlu dilakukan pemeliharaan secara terus menerus, dan hal ini sering dilakukan oleh departemen sistem informasi dan pemasok. Akan tetapi, teknologi yang optimal sering bergantung pada departemen farmasi untuk bekerja sama dengan kedua pihak tersebut untuk mencapainya. Hal ini sering tidak disadari dan kerjasama tersebut seharusnya berlangsung secara terus menerus karena berhubungan dengan keamanan pasien (Sanborn, 2007).

Pemeliharaan oleh Pemasok

Tanpa melihat umur atau biaya informasi dan sistem piranti keras, semuanya memerlukan pemeliharaan. Pemeliharaan

meliputi pembaruan, perubahan, atau peningkatan sistem yang telah ada. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kegunaan dan penggunaan secara terus menerus sekaligus mengurangi waktu tidak operasional (*downtime*). Idealnya, sistem informasi seharusnya membutuhkan pemeliharaan berkala yang minimal atau rutin. Terdapat dua jenis pemeliharaan atau *downtime*: terjadwal dan tidak terjadwal. *Downtime* terjadwal dilakukan secara berkala untuk menghindari kegagalan sistem mayor yang dapat mengganggu alur kerja. Pengembang sistem kritis mencoba untuk membangun tingkat pengulangan dan pengawasan sistem kegagalan-keamanan untuk mengurangi *downtime* yang tidak terjadwal. *Downtime* yang tidak terjadwal terjadi saat sistem sedang tidak beroperasi dan *downtime* tersebut tidak direncanakan terjadi.

Sebagian besar perusahaan piranti lunak dan piranti keras menawarkan dukungan teknis bagi produk mereka. Dukungan teknis tersebut umumnya diberikan oleh seseorang ahli yang dapat memperbarui, memperbaiki, atau mengubah piranti keras dan piranti lunak yang ada. Program yang lebih lama umumnya membutuhkan modifikasi yang lebih mahal dan menghabiskan lebih banyak waktu serta lebih banyak penggantian piranti keras. Produk terbaru umumnya terus ditingkatkan sehingga biaya perawatannya juga lebih rendah (Stair, 1996). Penanaman modal di awal untuk kualitas sistem informasi dan program yang didesain dengan baik akan terbayarkan di kemudian hari.

Pemeliharaan oleh Pengguna dan Perawatan

Beberapa perawatan atau pemeliharaan akan dilakukan secara rutin oleh pemasok dan/atau oleh departemen sistem informasi. Selain pemeliharaan rutin tersebut, termasuk pembersihan peralatan dan penggantian *toner cartridges* alat cetak, beberapa sistem informasi farmasi masih bergantung pada *cartridges* data untuk menyimpan data yang penting. Sebagai contoh, farmasi yang menggunakan *cartridges* data menukarnya setiap hari untuk menghindari kehilangan data penting mengenai pasien. Kehilangan data, yang di dalamnya mencakup riwayat pengobatan, alergi, dan pengisian ulang informasi, dapat membahayakan keamanan pasien. Tidak ada cara untuk memperkirakan waktu yang diperlukan bagi seorang farmasis untuk merekonstruksi profil dan mengumpulkan informasi yang hilang dan perlu dimasukkan secara manual ke dalam sistem informasi.

Integrasi Sistem

Kompleksitas sistem informasi yang tersedia membuat integrasi sistem menjadi sulit. Hal tersebut diperumit dengan kurangnya standar di bidang teknologi informasi. "Apakah yang dimaksud dengan sistem yang terintegrasi?" merupakan suatu pertanyaan yang umumnya ditanyakan di bidang

perawatan kesehatan. Integrasi yang lengkap meliputi integrasi sejak adanya pemcsanan (misalnya, *computerized physician order entry*, CPOE) lalu distribusi obat sampai dengan penagihan dan penyimpanan. Suatu sistem yang terintegrasi dapat terdiri dari sistem tunggal atau banyak sistem yang mampu mentransfer, memanipulasi, dan menggunakan informasi secara tak terbatas ke seluruh perusahaan.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP) pada tahun 2000 melaporkan bahwa kurang dari 5 persen dokter "menuliskan" resep secara elektronik. Pada tahun 2000 suatu laporan resmi pemerintah (*white paper*) yang berjudul, "A Call to Action: Eliminate Handwritten Prescription within 3 Years." ISMP merekomendasikan penulisan resep elektronik oleh dokter untuk mengurangi kesalahan pengobatan (ISMP, 2000). CPOE dapat membantu untuk mengurangi kesalahan penyerahan dan pencatatan pesanan obat kepada apotek, tempat pesanan tersebut dipenuhi. Manajemen pemesanan dapat digunakan untuk memantau inventori dan memperingatkan staf farmasi (dan bahkan pasien) tentang status resepnya. Sebagai contoh, beberapa apotek jaringan nasional telah memiliki kemampuan untuk mengingatkan pasien dengan menelepon atau mengirim *e-mail* bila resepnya telah siap atau apabila ada tindakan lain yang perlu dilakukan sebelum resepnya dapat diambil. Sistem seharusnya juga dapat memberikan laporan, seperti jumlah resep yang telah dilayani, keuntungan yang diperoleh dalam jangka waktu tertentu, dan laporan kesalahan pengobatan.

Bagian integral dari proses integrasi adalah dokumentasi. Sistem tersebut seharusnya mendukung dan kondusif dengan proses dokumentasi tentang rekam medis elektronik pasien. Penggunaan jalur kritis dan alat lain untuk membantu pengambilan keputusan klinis mempermudah penggunaan pengobatan berbasis bukti dan penggunaan terapeutik obat yang tepat. Akses terhadap data spesifik pasien seperti diantaranya alergi obat (misalnya, anafilaksis terhadap penisilin) dan data laboratorium (misalnya, fungsi ginjal atau fungsi hati) akan membantu untuk meminimalkan reaksi obat yang merugikan dan memaksimalkan penggunaan obat dengan tepat. Sistem tersebut seharusnya memiliki akses Internet atau sumber *offline* yang tersedia pada jaringan intranet milik organisasi untuk memastikan bahwa literatur klinis dan sumber informasi obat yang tepat dapat diakses pada saat dibutuhkan dan kemudian buktinya dapat disimpan pada rekam medis elektronik (*electronic medical record*, EMR), yang merupakan sebuah kontributor data dan subset pada rekam kesehatan elektronik (*electronic health record*, EHR). Data yang tersimpan pada EMR adalah catatan resmi tentang apa yang terjadi pada pasien selama dia berhubungan

dengan penyedia jasa, dan EHR dimiliki oleh pasien serta mencakup *input* pasien dan dapat diakses meliputi seluruh layanan yang tersedia pada banyak penyedia jasa di dalam komunitas, daerah atau negara bagian (atau, pada beberapa contoh, negara). EHR bergantung pada EMR, dan EMR tidak akan mencapai potensi maksimal bila tidak terkoneksi dengan EHR (Garets dan Davis, 2006).

EMR versus EHR

EMR adalah bagian dari praktik farmasis di tiap tempat praktik.

■ PENERIMAAN TEKNOLOGI BARU OLEH PEGAWAI

Sebelum suatu sistem akan diterapkan, perencanaan dan rancangan yang matang harus dilakukan. Perencanaan ini perlu melibatkan semua pengguna potensial dari teknologi baru tersebut, termasuk klinisi, staf farmasis, pasien, dan departemen lain yang akan terpengaruh oleh sistem tersebut. Penentuan sumber yang diperlukan untuk implementasi adalah kunci keberhasilan dari suatu sistem baru (Sanborn, 2007). Tidak peduli apapun tingkat kemampuan komputernya, para pegawai harus dapat mengetahui keuntungan bagi dirinya ketika menggunakan teknologi tersebut. Sebagai contoh, mereka harus mempercayai bahwa teknologi tersebut akan memberikan keuntungan bagi mereka, seperti peningkatan efisiensi. Program pelatihan yang berkaitan dengan tujuan dan penggunaan teknologi/sistem informasi baru yang benar sangat penting untuk mendapatkan penerimaan dari para pegawai. Implementasi teknologi baru sebaiknya dilakukan secara bertahap. Tulley (2000) melaporkan bahwa Program Davies (instrumental pada penelitian tentang catatan pasien berbasis komputer) mengidentifikasi waktu respons, reliabilitas, dan kemudahan penggunaan sebagai persyaratan teknologi yang penting bagi pengguna akhir. Jadi, manajer/direktur farmasi harus dapat menyesuaikan dengan perubahan yang ada, menerima masukan dari para pegawai dalam melakukan pemilihan dan penerapan teknologi baru. Mereka harus berempati kepada para pegawai mengenai keberatan mereka terhadap perubahan teknologi, tetapi tetap harus dapat meyakinkan tentang kebutuhan terhadap perubahan tersebut. Manajer harus melatih para pegawai dengan baik tentang penggunaan teknologi baru tersebut dan memberikan waktu transisi yang cukup antara teknologi yang sudah ada dan teknologi yang baru.

■ OFFLINE, ONLINE, INTRANET, INTERNET, KEHADIRAN WEB, EKSTRANET, DAN E-COMMERCE

Internet

Peningkatan praktik kefarmasian dapat dilakukan dengan adanya Internet yang dapat dinyatakan dalam tiga istilah C: *content, communication, and commerce* (Felkey dan Fox, 2001). Dalam buku terkenal, *Internet for Dummies*, Internet didefinisikan sebagai "semua komputer di dunia ini yang berbicara terhadap semua komputer lain di dunia" (Levine, Bauroudi, and Levine, 1996). Penggunaan Internet untuk tujuan kesehatan telah semakin berkembang, dengan lebih dari 200 negara terhubung secara global.

Isi dari Internet

Ribuan situs Web tersedia untuk membantu tenaga kesehatan profesional dalam memberikan informasi obat yang berguna untuk asuhan kefarmasian. Satu sumber melaporkan bahwa pada akhir tahun 2002, hampir 93 juta warga Amerika (yang sebanding dengan 80 persen pengguna Internet dewasa) telah menggunakan Internet untuk mencari informasi tentang kesehatan (Fox and Fallows, 2003). Berdasarkan fakta bahwa semua orang (tanpa melihat latar belakang pendidikan atau pangkatnya) dapat membuat situs Web, reliabilitas, dan validitas informasi asuhan kesehatan di Internet sangat bervariasi. Oleh sebab itu, farmasis harus memiliki kemampuan untuk mengevaluasi kegunaan, akurasi, dan kualitas informasi yang tersedia. Tabel 6-3 mengidentifikasi karakteristik informasi dan kriteria yang dapat diandalkan, dipercaya, dan tepat untuk mengevaluasi kualitas situs Internet.

Banyak sumber informasi medis dan farmasi dapat diakses dengan efisien melalui Internet (termasuk informasi yang dapat digunakan pada titik pengasuhan), seperti panduan

praktik, sumber informasi tersier, dan informasi pemerintah/regulatori. Gambar dengan kualitas yang tinggi sangat banyak tersedia di Internet dan dapat menguntungkan farmasis untuk edukasi pasien dan persiapan presentasi. Penggunaan sumber multimedia untuk pasien seharusnya meningkatkan retensi dan pemahaman mereka terhadap materi edukasi kesehatan yang diberikan. Sebagai contoh, suatu kumpulan penjelasan berbasis video dari McGraw-Hill yang berjumlah lebih dari 150 buah menjabarkan kondisi umum yang digambarkan secara visual tentang apa yang sebenarnya terjadi secara fisiologis saat terjadinya proses penyakit. Selebaran dapat berisi ilustrasi dan menerangkan pada pasien dengan cara khusus yang dapat membantu keberhasilan regimentasi terapinya.

Komunikasi Internet

Surat elektronik telah mengubah cara kita berkomunikasi secara drastis. Banyak orang sekarang lebih memilih untuk berkomunikasi menggunakan surat elektronik daripada telepon atau pos surat biasa. Beberapa pasien melayangkan pertanyaan dengan menggunakan surat elektronik kepada tenaga kesehatan mereka dan mengakses informasi pada situs yang berorientasi pada konsumen. Komunikasi dengan surat elektronik memiliki potensi untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Sebagai contoh, beberapa apotek memberikan pengingat lewat surat elektronik ketika sudah tiba saatnya bagi pasien untuk menebus resep obat penyakit kronisnya dan memberikan pengingat juga saat obat dengan resep tersebut telah siap. Biaya untuk memberikan layanan pesan seperti ini tidak berarti dan hasilnya sangat positif baik secara terapeutik dan finansial. Edukasi dapat diberikan untuk kondisi penyakit kronis yang spesifik bagi masing-masing individu lewat berita elektronik yang dibuat oleh organisasi sebagai usaha untuk memberikan edukasi pada pasien. Saat ini dimungkinkan untuk mengirimkan surat elektronik, telepon, akses Internet, faks, dan melakukan

Hal-Hal yang Dipertimbangkan Saat Evaluasi Kredibilitas Situs Web Internet

- **Kepernikan situs.** Dapat membantu dalam penentuan jika terdapat potensi bias komersial.
- **Penulis materi tersebut.** Dapat membantu dalam penentuan kredibilitas informasi. Informasi ini harus siap tersedia umumnya terdapat dalam bagian "Tentang Kami" pada situs tersebut. Situs memiliki staf yang berkualitas yang umumnya membuatnya jadi terkenal karena memberikan manfaat pada negara atas kepercayaan dan kredibilitas yang telah dibangun dengan para pengguna.
- **Peninjauan proses.** Memberikan para pengguna ide untuk seberapa teliti situs tersebut tentang isi di dalamnya. Situs sebaiknya menggunakan proses kaitan-sejawat.
- **Perbaruan terakhir pada tiap halaman yang dinyatakan dengan jelas.** Ini akan memberikan pada pengguna tentang ide bagaimana informasi terkini terdapat pada halaman tersebut.
- **Klaim yang dapat dipercaya.** Jika klaim tidak dapat dipercaya atau tidak dapat divalidasi oleh sumber yang dapat diandalkan dan kredibel, pengguna harus waspada. Seperti kata pepatah, "Jika tampaknya terlalu bagus untuk jadi kenyataan, itu mungkin terjadi."
- **Dukungan untuk pemberian informasi.** Jika tidak ada sumber lain yang mengonfirmasi informasi tersebut ditemukan di situs, situs tersebut mungkin tidak akurat.
- **Pernyataan informasi.** Suatu indikator yang baik untuk mendukung informasi tentang penggunaan rekomendasi situs Web yang tepat.

fasilitas penyeranta dengan menggunakan satu alat saja. *Videoconferencing* dapat membuat farmasis berkomunikasi dengan koleganya dan pasien dengan biaya yang terjangkau.

Salah satu masalah dalam penggunaan surat elektronik ini adalah kurangnya tingkat keamanan. Perusahaan secara legal memiliki surat elektronik yang dikirimkan oleh sistem mereka dan digunakan oleh para pegawai. Banyak departemen teknologi informasi yang secara rutin memantau arus surat elektronik yang mungkin saja berisi informasi rahasia. Apabila seorang farmasis mengirimkan surat elektronik kepada pasien saat jam kerja untuk memberikan informasi kepada pasien tersebut tentang obat-obatnya yang telah tiba waktunya untuk ditebus, kerahasiaan pasien mungkin terganggu. Alternatif yang dapat digunakan adalah pada saat pasien diberikan informasi baru yang di tempatkan pada halaman Web farmasi milik mereka, *browser* dapat memberikan akses pada informasi rahasia milik mereka dengan dilindungi oleh *firewall* yang aman, sehingga dapat melindungi informasi dari akses yang tidak semestinya. Regulasi dan kontrol kualitas isi pada Internet sangat sulit, tetapi beberapa organisasi telah mengembangkan kriteria untuk membuat situs Web tentang kesehatan. Suatu organisasi dari Swiss yang disebut Health On the Net (HON) Foundation memberikan panduan dalam menetapkan standar etika untuk para pengembang situs Web. Misi HON Foundation adalah untuk memandu

para konsumen dan tenaga kesehatan menemukan informasi kesehatan dan obat yang berguna dan dapat diandalkan. Yayasan tersebut memiliki "HON Code of Conduct" ("HON code") tentang situs Web kesehatan dan medis. Di dalamnya terdapat delapan prinsip harus dimiliki oleh suatu situs sebelum logo HON dan "SiteChecker" yang membantu pengguna untuk menentukan apakah situs Web telah mengikuti prinsip HONcode dapat dipasang pada situs Web yang bersangkutan. Tabel 6-4 menampilkan prinsip-prinsip etika yang ditetapkan oleh HON Foundation untuk informasi kesehatan berbasis Internet. Apabila situs Web tersebut memenuhi kriteria dari proses kajian dan diberikan izin oleh HON Foundation, situs tersebut dapat memasang logo HON.

Perdagangan Internet (Internet Commerce)

Semakin bertambahnya jumlah apotek mengubah proses klaim resep berbasis Internet. Apotek menemukan bahwa memproses peresepan melalui Internet lebih cepat dan lebih murah daripada proses manual. *E-commerce* menawarkan kesempatan yang tidak terbatas pada apotek untuk meningkatkan visibilitas, dan ini sekaligus membuka jalan baru bagi penjualan tambahan. Apotek mandiri dapat menawarkan layanan personal melalui Web, sedangkan apotek

Prinsip Etika HONcode untuk Informasi Kesehatan Berbasis Internet

1. **Kepercayaan** Mengpublikasikan kualifikasi penulis. Semua saran medis atau kesehatan diberikan dan disediakan pada situs tersebut hanya akan diberikan oleh professional medis yang terlatih dan berkualifikasi kecuali terdapat pernyataan yang jelas bahwa sebuah saran yang ditawarkan berasal dari organisasi atau individu yang tidak memiliki kualitas secara medis.
2. **Kompleksitas** Informasi harus mendukung, tidak mengganti, hubungan yang ada antara pasien/pengunjung situs dan dokternya.
3. **Privasi** Menghormati privasi dan kerahasiaan data personal yang diserahkan ke situs oleh pengunjung. Kerahasiaan data berkaitan dengan individu pasien dan pengunjung dengan situs Web kesehatan/medis, termasuk identitasnya, dijaga oleh situs Web. Pemilik situs Web memberikan penghargaan atau memenuhi peraturan dengan lebih baik terhadap privasi informasi kesehatan/medis yang berlaku pada negara tempat situs Web dan salinan situs Web (*mirror site*) berada.
4. **Aktualitas** Menyatakan sumber-sumber halaman informasi, tanggal, serta kesehatan dan medis yang dipublikasikan, jika ada, memiliki taut HTML yang terkait dengan data tersebut. Data ketika halaman klinis paling terakhir dilakukan perubahan harus ditampilkan dengan jelas (misalnya pada bagian bawah halaman).
5. **Keterbacaan** Situs harus mendukung klaim yang terkait dengan manfaat dan performa. Semua klaim yang terkait dengan manfaat, performa, penanganan khusus, produk komersial, atau layanan akan didukung oleh bukti yang seimbang dan sesuai seperti yang dicantumkan pada prinsip nomor 4.
6. **Transparansi** Tampilan yang dapat diakses, kontak surat elektronik yang akurat. Perancang situs Web ini akan berusaha untuk memberikan informasi dengan cara yang paling jelas dan memberikan alamat kontak para pengunjung yang mencari informasi atau data pendukung lebih lanjut. *Webmaster* akan menampilkan alamat surat elektronik dengan jelas di seluruh situs Web.
7. **Keterbacaan finansial** Mengidentifikasi sumber pendanaan. Dukungan terhadap situs Web ini akan diidentifikasi dengan jelas, termasuk identitas organisasi komersial dan nonkomersial yang memiliki kontribusi pada pendanaan, layanan, dan materi-materi di situs tersebut.
8. **Kebijakan iklan** Perbedaan yang jelas periklanan dengan isi editorial. Jika periklanan merupakan sumber pendanaan, hal tersebut harus dinyatakan dengan jelas. Kebijakan singkat tentang kebijaksanaan periklanan yang digunakan oleh pemilik situs Web akan ditampilkan pada situs tersebut. Periklanan dan materi promosi lainnya akan ditampilkan kepada para peninjau dengan cara yang jelas yang mempermudah perbedaan antara periklanan dan materi awal yang dibuat oleh institusi yang mempublikasikan situs tersebut.

Sumber: Health On the Net Foundation www.hon.ch/HONcode/Conduct.html.

jaringan dapat meningkatkan efisiensi dengan menerima pelayanan resep secara *online* dan memberikan basis data informasi obat pada situs Web mereka dengan akses untuk konsumen. Farmasis harus menyadari bahwa apabila mereka menggunakan *e-commerce* dalam praktiknya, mereka harus tetap menjaga hubungan personal dengan pasiennya. Internet dapat digunakan dengan baik oleh perusahaan apotek jaringan untuk merujuk pasien kepada apotek (fisik) yang memiliki lumpang dan alu saat dibutuhkan (Felkey and Fox, 2001a).

National Association of Boards of Pharmacy (NABP) telah mengetahui kebutuhan dan masalah khusus yang timbul dengan adanya apotek Internet. Pada musim semi tahun 1999, Verified Internet Pharmacy Practice Sites (VIPPS) Program dibuka sebagai respons terhadap kekhawatiran publik mengenai keamanan situs apotek Internet. VIPPS adalah suatu sertifikasi yang diperoleh setelah apotek mengikuti persyaratan lisensi dan inspeksi dari negara bagiannya dan dari tiap-tiap negara bagian tempat mereka memberi layanan barang dan jasa pada pasien. Apotek yang telah memperoleh VIPPS harus menunjukkan bahwa mereka patuh terhadap standar proteksi kerahasiaan pasien, keamanan dan keaslian pemesanan resep, jaminan mutu, dan pemberian konsultasi antara pasien dan farmasis. Situs yang mendapatkan sertifikasi dari VIPPS memasang *hyperlink seal*.

Intranet

Sumber informasi lain yang umumnya dapat diakses oleh pegawai organisasi asuhan kesehatan adalah intranet. Intranet suatu organisasi sering memiliki akses Internet, tetapi diberi *firewall* sehingga komputer tersebut tidak dapat diakses dengan mudah oleh orang di luar organisasi tersebut. Hal ini dapat dicapai dengan meminta identifikasi kata kunci untuk dapat mengakses situs. Intranet dapat memberikan lingkungan yang kaya akan berbagi ide dan menerima konsultasi dari rekan sejawat dan untuk berbagi sumber daya dengan efisien. Eksktranet, dilain pihak, yang mirip dengan intranet dan dapat diakses melalui Internet, membutuhkan otorisasi akses dan umumnya digunakan untuk menghubungkan apotek dengan rekan bisnisnya, seperti pedagang besar farmasi. Situs Web tersebut dapat diakses untuk layanan pemesanan dan untuk melacak pesanan obat. Informasi yang berhubungan dengan pasien umumnya tidak tersedia pada akses untuk rekan bisnis dan pemegang saham lainnya. Sumber informasi lainnya adalah pustaka *offline* yang disimpan pada kapasitas internal komputer (Felkey dan Fox, 2003b).

■ OTOMASI DAN ROBOTIK

Beberapa faktor utama mendorong timbulnya kebutuhan untuk otomasi. Kekurangan farmasis secara nasional dalam melayani peningkatan volume resep adalah salah satu

penyebab. Penyebab lainnya adalah adanya kebutuhan yang kuat untuk menurunkan kejadian kesalahan pengobatan. Akan tetapi, alasan lainnya adalah adanya kesempatan yang dihasilkan oleh otomasi untuk meningkatkan peran farmasis dalam layanan asuhan pada pasien. Terakhir, permintaan konsumen untuk kecepatan dan kenyamanan terus meningkatkan ketertarikan pada otomasi operasional apotek (Levis, Albrant, dan Hagel, 2003). Teknologi memiliki kemampuan untuk meningkatkan pergeseran farmasis dari meracik secara tradisional kepada peran yang berfokus pada pasien.

Untuk membuat ini menjadi kenyataan, farmasis harus memiliki pengetahuan tentang teknologi otomasi untuk menentukan manajemen yang sesuai dan untuk menerapkannya pada praktik mereka sehari-hari. Pada saat teknologi ini menjadi lebih umum diterapkan, farmasis akan dipaksa untuk mengembangkan pengetahuan mereka mengenai teknologi dan otomasi. Laporan resmi pemerintah (*white paper*) tentang otomasi di apotek menunjukkan kemampuan penting yang harus dimiliki oleh farmasis: (1) bagaimana menjalankan sistem farmasi secara otomatis untuk menghasilkan keluaran yang diinginkan, (2) bagaimana mengenali jika terjadi kesalahan sistem, (3) bagaimana menghadapi kesalahan dengan benar sehingga keamanan pasien terlindungi, dan (4) bagaimana untuk memperbaiki kesalahan dengan cepat (Barker et al., 1998). Bagi farmasis untuk mendapatkan keahlian ini, program pendidikan dan pelatihan untuk pegawai yang menggunakan sistem otomatis ini harus dikembangkan dan dievaluasi secara periodik untuk efisiensi. Tujuan utama pelatihan harus mencakup tujuan dan kemampuan sistem, kompetensi minimum yang dibutuhkan oleh operator, dan bagaimana kegagalan sistem dapat terjadi. Rencana untuk menghadapi kegagalan sistem yang terjadi harus ada dan bagaimana hal itu harus dilakukan secara periodik (Barker et al., 1998).

Otomasi dapat mengurangi kesalahan pengobatan apabila digunakan dengan tepat karena mengurangi sejumlah fungsi manual yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan. Otomasi dapat menolong untuk mengurangi waktu yang dihabiskan oleh farmasis untuk menyiapkan, membuat label, dan mengemas obat, lalu waktu tersebut dapat digunakan untuk dialokasikan pada kegiatan asuhan kefarmasian (Lewis, Albrant, dan Hagel, 2002).

Keuntungan lain dari otomasi adalah kontrol terhadap inventori. Otomasi lebih efisien dan akurat daripada pekerjaan secara manual sehingga mengurangi biaya penyimpanan. Otomasi dapat menghitung harga secara lebih efisien dan akurat daripada pekerjaan manual. Hal ini meningkatkan proses penagihan dengan memberikan detail kapan obat digunakan, siapa yang memberikan atau meracik, dan siapa yang menerima (Lewis, Albrant, dan Hagel, 2002). Otomasi

pada proses kontrol inventori dapat melakukan beberapa fungsi, termasuk pengawasan inventori dan pemesanan secara otomatis ketika inventori mencapai jumlah yang sudah ditentukan oleh apotek.

■ SURESCRIPT

SureScripts didirikan tahun 2001 oleh National Association of Chain Drug Stores (NACDS) dan National Community Pharmacist Association (NCPA) dengan misi untuk meningkatkan kualitas, keamanan, dan efisiensi proses peresepan secara keseluruhan. Pharmacy Health Information Exchange yang dijalankan oleh SureScripts adalah jaringan terbesar yang menghubungkan komunikasi elektronik antara farmasis dan dokter sehingga terjadi pertukaran elektronik mengenai informasi resep. Populasi apotek yang difokuskan adalah apotek komunitas dan apotek jaringan (www.surescripts.com).

■ COMPUTERIZED PHYSICIAN/ PROVIDER ORDER ENTRY (CPOE)

Computerized physician/provider order entry (CPOE) didefinisikan sebagai sistem komputer yang memungkinkan masukan langsung dari pemesanan obat oleh dokter atau orang yang memiliki lisensi dan kewenangan untuk melakukannya. Pemasukan pesanan secara langsung pada komputer memberikan keuntungan dalam hal mengurangi kesalahan yang disebabkan oleh pemesanan dengan tulisan tangan, tetapi keuntungan yang lebih besar lagi akan diperoleh saat CPOE dan alat bantuan untuk pengambilan keputusan digunakan secara bersama-sama.

Penerapan CPOE semakin banyak digunakan sebagai solusi utama terhadap tantangan untuk menurunkan kesalahan pengobatan dan meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan. Akan tetapi, penggunaan CPOE belum terlalu banyak digunakan, karena sebagian besar memiliki reputasi sulit untuk diimplementasikan secara sukses.

CPOE.org adalah situs Web yang menampilkan hasil penelitian dari Physician Order Entry Team (POET) di Oregon Health & Science University. Tim tersebut dibiayai oleh bantuan dana dari National Library of Medicine untuk meneliti faktor-faktor yang memengaruhi penerapan CPOE. Situs ini juga memberikan akses pada kumpulan sumber dan tautan mengenai CPOE (www.ohsu.edu/academic/dmice/research/cpoe/index.php).

■ TELEHEALTH

Telehealth adalah inovasi baru yang membawa layanan langsung kepada pasien, membuat praktisi tenaga kesehatan dapat memberikan layanan dari tempat yang jauh (Felkey

dan Fox, 2001b). Telehealth menggunakan teknologi telekomunikasi dan informasi. Ini merupakan konsep payung yang di bawahnya terdapat telemedis, *telenursing*, dan telefarmasi. Hal ini menggabungkan praktik, produk, dan layanan yang membuat layanan kesehatan dan informasi dapat diberikan di mana saja.

■ TELEFARMASI

NABP mendefinisikan *telefarmasi* sebagai “pemberian asuhan kefarmasian melalui penggunaan teknologi telekomunikasi dan informasi pada pasien dalam jarak jauh” (National Association of Board of Pharmacy, 2000). Sebagai contoh, salah satu bentuk telefarmasi yang paling dasar adalah situs farmasi yang dapat diperluas dan dikembangkan untuk menawarkan fungsi layanan pada pasien. Situs Web farmasi dasar dapat memberikan informasi yang berisi daftar waktu beroperasi, lokasi dan bantuan arah, serta informasi tentang layanan spesialisasi yang diberikan. Pengaturan dasar tersebut dapat diperluas dengan menawarkan layanan pada pasien seperti misalnya permintaan surat elektronik untuk pelayanan resep atau fungsi yang lebih maju seperti layanan “Bertanya pada Farmasis.” Layanan dasar situs Web bahkan memberikan kesempatan untuk mengembangkan dasar konsumen dengan meningkatkan visibilitas. Pilihan dan layanan dapat ditambahkan berdasarkan tingkat komitmen yang dimiliki oleh organisasi terhadap telefarmasi. Pilihan tingkat tinggi yang memiliki potensi signifikan di apotek adalah *videoconferencing*. Dengan menghubungkan pasien di tempat yang jauh, *videoconferencing* memberikan kesempatan bagi farmasis untuk meningkatkan luaran dan kemungkinan memperoleh penggantian biaya alam memberikan layanan tersebut. ScriptPro adalah inovator dalam kapasitas ini dan telah mengembangkan sistem *videoconferencing* yang memungkinkan farmasis di satu lokasi memberikan konseling dan menyerahkan resep kepada pasien di tempat yang berbeda.

Farmasis harus dapat menunjukkan pentingnya peran sebagai ahli pengobatan yang dapat mengidentifikasi, menyelesaikan, dan menghindari masalah terkait obat melalui media ini (Felkey and Fox, 2001b). Apabila farmasis berkeinginan untuk menerapkan konseling dengan *teleconferencing*, beberapa peralatan dasar yang dapat dibeli sedikitnya beberapa ratus dolar Amerika; tetapi teknologi yang lebih maju, terdepan, dapat bernilai sepuluh ribuan dolar Amerika.

■ PENINJAUAN ULANG KASUS— MEMBUAT HIDUP LEBIH MUDAH

Situasi Jennifer akan menjadi lebih mudah apabila sistemnya terintegrasi dan informasi dapat diperoleh sesuai dengan area

yang diinginkan. Mengapa tidak memungkinkan ketika obat dimasukkan, sekaligus dapat mengambil secara otomatis dari inventori apotek? Pasien harus dapat dikenakan biaya secara otomatis untuk obatnya. Informasi laboratorium harus dapat dikirim secara otomatis kepada Jennifer, yang kemudian dapat memverifikasi pesanan untuk dikirim ke laboratorium, dan perawat dapat diberi informasi untuk mengambil kadar yang diperlukan. Terakhir, EMR harus dapat merefleksikan apa yang dilakukan dalam hal tujuan dokumentasi. Dokumentasi ini harus terjadi sebagai produk sampingan dari layanan yang telah diberikan kepada pasien. Apabila hal ini terjadi, Jennifer dapat menghabiskan waktu lebih banyak memberikan edukasi pada dokter sehubungan dengan penggunaan obat, memberikan layanan pada pasien, dan memberikan pengaruh pada pasien seperti yang diinginkannya pada saat ia memilih apotek sebagai karir dan sebagai profesi pertamanya.

■ KESIMPULAN

Peran penting teknologi adalah untuk meningkatkan hasil pekerjaan yang dilakukan oleh manusia. Dalam bidang farmasi, teknologi akan menjadi faktor yang sangat membantu farmasis yang bermotivasi tinggi untuk melakukan transisi layanan mereka yang berfokus dari produk ke pasien. Farmasis juga harus dapat menggunakan teknologi pada titik pelayanan yang dapat meningkatkan efisiensi dan mengurangi kesalahan pengobatan. Untuk mencapai hal ini, mereka harus dapat menerima dan mengetahui inovasi terbaru. Mereka juga harus mengingat bahwa semua teknologi memiliki keterbatasan. Beberapa teknologi seperti *computerized physician order entry* dan catatan kesehatan elektronik akan terus berkembang dalam hal akurasi dan efisiensi, dan sistem otomatisasi total akan berlaku di operasional apotek di masa mendatang. Farmasis dapat dan harus mengambil peran pemimpin dengan menggabungkan teknologi dengan praktik (Rough, 2001). Integral terhadap proses ini adalah identifikasi kebutuhan, pemilihan pemasok yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut, dan penerapan yang tepat. Direktur apotek dan departemen farmasi harus hati-hati dalam merencanakan keputusan mereka untuk berinvestasi dan memilih teknologi yang tepat, dan juga pemeliharaan dan pengoptimalan yang berjalan.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Bagaimana penggunaan teknologi dapat berlanjut memengaruhi praktik kefarmasian di masa depan?
2. Apa yang akan menjadi dampak pada kualitas dan biaya kesehatan ketika data yang berkualitas telah siap dan tersedia di sebelah tempat tidur pasien?
3. Bagaimana seorang farmasis mengikuti kemajuan teknologi pada praktik kefarmasian?
4. Jelaskan penggunaan teknologi pada tempat kerja anda saat ini. Bagaimana teknologi ini dapat membantu apotek anda untuk bekerja dengan lebih efektif? Apakah teknologi telah dikelola dengan tepat? Apakah yang dapat dilakukan untuk mengelolanya dengan lebih sesuai?

REFERENSI

- Arndt KA. 1992. Information excess in medicine: Overview, relevance to dermatology, and strategies for coping. *Arch Dermatol* 128:1249.
- Barker KN, Felkey BG, Flynn EA, Carper JL. 1998. White paper on automation in pharmacy. *Consultant Pharmacist* 13:256; tersedia di www.ascp.com; diakses pada 10 juni 2004.
- CPOE.org Physician Order Entry Team (POET) at Oregon Health & Science University. Tersedia di: www.ohsu.edu/academic/dmice/research/cpoe/index.php; diakses pada 1 Mei 2007.
- Clark T, McBride J, Zinn T. 1999. Achieving a computer system's benefits. *Hosp Pharm* 34:534.
- Enders SJ, Enders JM, Holstad SG. 2002. Drug-information software for Palm operating system personal digital assistants: Breadth, clinical dependability, and ease of use. *Pharmotherapy* 22:1036.
- Felkey BG. 1997. Implementing a clinical information system in a managed care setting: Building the clinical workstation: Software for the health-system pharmacist. *Am J Health-Syst Pharm* 52:1505.
- Felkey BG, Fox BI. 2001a. Telehealth for pharmacy care. In *Pharmacotherapy Self-Assessment Program*, 4th ed, book 2, hlm. 117. Kansas City, MO: American College of Clinical Pharmacy.
- Felkey BG, Fox BI. 2001b. How do you spell relief? Automation! *Computer Talk* July-August:38.
- Felkey BG, Fox BI. 2003a. Informatics: The integration of technology into pharmaceutical care. In Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al (eds), *Pharmaceutical Care*, 2nd ed., pp. 283-292. Bethesda, MD: ASHP.
- Felkey BG, Fox BI. 2003b. Computer software for clinical pharmacy services. In DiPiro J (ed), *Encyclopedia of Clinical Pharmacy*, p. 214. New York: Marcel Dekker.
- First Data BankWeb site, www.firstdatabank.com; diakses pada 19 Mei 2007.
- Fox S, Fallows D. 2003. Internet health resources: Health searches and e-mail have become more commonplace, but there is room for improvement in searches and overall Internet access. Pew Internet and American Life Project; tersedia di www.pewinternet.org/reports/pdfs/

- PIP_Health_Report_July_2003.pdf; diakses pada 10 Juni 2004.
- Garets D, Davis M. 2006. Electronic medical records vs. electronic health records: Yes, there is a difference, white paper, HIMSS Analytics, Chicago, www.himssanalytics.org.
- Health on the Net Foundation Web site, www.hon.ch; diakses pada 19 Mei 2007.
- Institute for Safe Medication Practices. 2000. White paper: A call to action: Eliminate handwritten prescriptions within 3 years. Minneapolis: ISMP; tersedia di www.ismp.org; diakses pada 19 Mei 2007.
- Kemper DW, Mettler M. 2002. *Information Therapy*, hlm. 116. Boise, ID: Healthwise.
- Levine JR, Bauroudi C, Levine ML. 1996. *The Internet for Dummies*. San Mateo, CA: IDG Books Worldwide.
- Lewis RK, Albrant DH, Hagel HP. 2002. Developing the infrastructure for patient care. In *Managing the Patient-Centered Pharmacy*, hlm. 66. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Lowe HJ, Barnett GO. 1994. Understanding and using the medical subject headings (MeSH) vocabulary to perform literature searches. *JAMA* 271:1103.
- Malone PM, Mosdell KW, Kier KL, Stanovich JE. 2001. *Drug Information: A Guide for Pharmacists*, 2d ed., hlm.108. NewYork: McGraw-Hill.
- Medication Errors Rank as a Top Patient Worry in Hospitals, Health Systems, ASHP Patient Concerns Survey Research Report, September 1999; tersedia di www.ashp.org; diakses pada 27 Desember 2002.
- National Association of Boards of Pharmacy. 2000.VIPPS Web site, www.nabp.net; diakses pada 8 Juni 2004.
- Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ. 2006. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Dispensing and administration—2005. *Am J Health-Syst Pharm* 63:327.
- Rough SS. 2001. The pharmacist-technology interface: Current and future implications for the practice of pharmacy. In *Pharmacotherapy Self-Assessment Program*, 4th ed., book 2, hlm. 85. Kansas City, MO: American College of Clinical Pharmacy.
- Sanborn M. 2007. Developing a pharmacy information system infrastructure. *Hosp Pharm* 42:470.
- Stair RM. 1996. *Principles of Information Systems: A Managerial Approach*, 2d ed. Danvers, MA: Boyd and Fraser.
- SureScripts Web site, www.surescripts.com; diakses pada 1 Mei 2007.
- Tulley M. 2000. The impact of information technology on the performance of clinical pharmacy services. *J Clin Pharm Ther* 25:243.

JAMINAN KUALITAS PADA OPERASIONAL APOTEK

Terri L. Warholak

Tentang Penulis: Dr. Warholak mendapat gelar B.S pada bidang farmasi serta M.S. dan Ph.D. pada administrasi farmasi dari Purdue University. Pengalaman profesionalnya menekankan pada praktik farmasi rumah sakit dan farmasi komunitas, termasuk 5 tahun sebagai commissioned officer di U.S. Public Health Service (Indian Health Service). Selain itu, beliau telah melengkapi tugas turnya yang singkat dengan Food and Drug Administration (FDA). Semenjak bergabung dengan fakultas di Midwestern University Chicago College of Pharmacy pada 2001, penelitian Dr. Warholak berfokus pada pengurangan kesalahan pengobatan. Pada tahun 2003, beliau diakui sebagai pemenang American Association of Colleges of Pharmacy Council of Faculties Innovations in Teaching Competition atas usahanya pada pelatihan yang berjudul "Quality Assurance and Effective Pharmacy Practice."

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendiskusikan pentingnya kualitas dalam praktik kefarmasian.
2. Menjelaskan bagaimana kualitas diukur dalam praktik kefarmasian.
3. Memutuskan penggunaan kualitas pelayanan yang berhasil digunakan oleh industri lain dalam praktik kefarmasian.
4. Menjelaskan perbedaan antara jaminan kualitas, kontrol kualitas, dan perbaikan kualitas yang berkelanjutan.
5. Menjelaskan tiga metode untuk menjamin kualitas dalam praktik kefarmasian.
6. Menggambarkan langkah-langkah yang diperlukan untuk rencana perbaikan kualitas berkelanjutan secara sukses.
7. Memprioritaskan area/fungsi yang paling sesuai untuk melakukan analisis kualitas.
8. Mengidentifikasi sumber-sumber untuk tambahan informasi tentang penilaian dan perbaikan kualitas.

■ SKENARIO

Suatu hal terjadi lagi tadi malam. Salah satu televisi majalah baru mengudarakan kesalahan apotek selama jangka waktu tertentu. Segera setelah dia melihat tayangan acara tersebut, Anita merasa gugup. Anita telah bekerja sebagai asisten apoteker di apotek komunitas jaringan sejak tiga tahun yang lalu selama sekolah farmasi. Akhir bulan ini dia telah menyaksikan sendiri beberapa kesalahan penyerahan obat yang dibuat oleh farmasis di tokonya yang dia

temukan. Untungnya, tidak ada pasien yang mengalami luka yang serius, tetapi mereka mungkin telah mengalami luka ringan.

Anita tiba 10 menit lebih awal untuk bekerja pagi berikutnya. Hal pertama yang dia lihat ketika memasuki toko adalah sikap sibuk bosnya, farmasis Pat yang keliling tergesa-gesa mencari sesuatu, dan tiga telepon berdering secara bersamaan. Ketika ia melihatnya, Pat berkata "Anita! Saya sangat senang kamu ada di sini. Kami punya masalah dan kami butuh tindakan cepat. Pasien mulai menelpon satu jam yang lalu. Mereka menghubungi sebagai respons terhadap acara berita kemarin malam tentang kesalahan apotek. Apakah kamu melihatnya? Akan tetapi, pasien ingin mengetahui bagaimana mereka dapat yakin bahwa mereka dapat pengobatan yang benar. Saya ingat manajer wilayah menanyakan kami untuk mengimplementasikan program CQI perusahaan, tetapi saya tidak dapat mengingat di mana saya menaruh buku pedoman tersebut—bukan berarti saya telah mengerti." Pat menghela napas melihat Anita, dan berkata "Kamu telah belajar tentang perbaikan kualitas di sekolah, benar? Dapatkah kamu membantu?" Anita tahu bahwa ini akan menjadi hari yang cukup menantang.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana *kualitas* didefinisikan dalam konteks praktik kefarmasian?
2. Definisikan *kualitas pelayanan kesehatan* menurut orang awam.
3. Bagaimana kebutuhan untuk perbaikan kualitas dibenarkan untuk pengambil keputusan?
4. Bagaimana kualitas dapat diukur?
5. Apakah organisasi farmasi dapat mempelajari kualitas dari industri lain?
6. Buatlah daftar langkah-langkah model perbaikan kualitas berkelanjutan (*continuous quality improvement, CQI*).
7. Buatlah daftar empat saran CQI yang praktis untuk farmasis.

■ APA ITU KUALITAS?

Kualitas tampaknya merupakan istilah yang samar. Kita tahu apa itu kualitas ketika kita melihatnya, tetapi definisi ini sering subjektif. Kenyataannya, ada beberapa definisi tentang kualitas. Sebagai contoh, *Webster's Dictionary* mendefinisikan *kualitas* sebagai "tingkatan keunggulan" (Merriam-Webster, 2003). Sementara definisi ini memberikan kerangka dasar untuk kualitas secara umum, ini juga membantu untuk menilai definisi kualitas khusus untuk pelayanan kesehatan.

U.S. Office of Technology Assessment telah mendefinisikan *kualitas asuhan medis* sebagai "evaluasi terhadap kinerja pelayan medis sesuai dengan tingkatan proses pelayanan yang

meningkatkan kemungkinan hasil yang diinginkan pasien dan mengurangi kemungkinan hasil yang tidak diinginkan, dikarenakan kondisi pengetahuan medis" (Congress of the United States, Office of Technology Assessment, 1988).

Institute of Medicine (IOM), dalam sebuah laporan yang berjudul "Medicare: A Strategy for Quality Assurance," menyatakan bahwa "kualitas pelayanan merupakan tingkatan pelayanan kesehatan untuk setiap individu dan masyarakat meningkatkan hasil yang diinginkan dan konsisten dengan pemahaman profesionalisme terkini" (Lohr, 1990a), sedangkan Ovretveit (1992) menyatakan dengan sederhana, "Suatu sistem/pelayanan kesehatan berkualitas memberikan pasien apa yang mereka inginkan dan butuhkan."

Penggabungan definisi-definisi ini dapat memberikan penjelasan terbaik tentang konsep kualitas di dalam asuhan kesehatan. Masing-masing memberikan tambahan wawasan tentang kualitas, apa yang dapat diharapkan dari kualitas, dan bagaimana kualitas dapat dirasakan. Definisi Webster mendukung gagasan bahwa kualitas merupakan kesatuan rangkaian keunggulan atau kekurangan hal tersebut. Definisi menurut Office of Technology Assessment dapat dikatakan bahwa dalam asuhan medis, kualitas dapat diukur dan digunakan untuk mengevaluasi pelayanan yang diberikan oleh penyedia asuhan kesehatan. Definisi ini juga berlaku bahwa asuhan yang diberikan kepada pasien seharusnya meningkatkan kemungkinan hasil yang lebih baik (yaitu, menyembuhkan infeksi) dan mengurangi hasil asuhan yang negatif (yaitu, kematian). Asuhan yang diberikan ke pasien sebaiknya yang paling mutakhir. Definisi IOM sama, tetapi lebih berterus terang. Definisi Ovretveit memasukkan interpretasi oleh pengguna terakhir dari asuhan medis untuk mendefinisikan kualitas. Sementara perluasan perspektif ini telah bermanfaat, pasien bukan hakim terbaik dalam kualitas asuhan medis karena walaupun mereka tahu apa yang mereka *inginkan* dari asuhan medis, mereka tidak mengetahui dengan baik tentang konsep asuhan medis yang mereka *perlukan*. Jadi, ini bergantung pada penyedia medis untuk memberikan asuhan yang berkualitas sehingga menguntungkan pasien meskipun pasien tidak mengetahui apa yang ia butuhkan. Walaupun ini tampaknya terlalu berlebihan, cukup beralasan bahwa setiap orang yang tidak ahli di bidangnya tidak mengetahui semua pilihan terbaik.

Jadi, apa yang dimaksud dengan kualitas pada praktik kefarmasian? Dengan melihat diskusi sebelumnya, hal inidapat dikatakan bahwa kualitas dalam praktik farmasi

- Menunjukkan tingkatan keunggulan.
- Meningkatkan kemungkinan hasil yang positif.
- Mengurangi kemungkinan hasil yang negatif.
- Sesuai dengan pengetahuan medis yang mutakhir.
- Menawarkan pasien apa yang ia inginkan.
- Memberikan pasien dengan apa yang ia butuhkan.

Pengertian semua aspek kualitas ini akan membantu Anita dan Pat menjelaskan kualitas kefarmasian ke pasien dan akan memberikan pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan pelayanan kefarmasian.

■ BAGAIMANA KUALITAS DIUKUR?

Dahulu kualitas praktik kefarmasian telah diukur dengan menilai struktur, proses, dan hasilnya (Donbedian, 1969, 1992). Pada dasarnya, untuk barang dan pelayanan,

- *Struktur* merujuk pada bahan baku yang diperlukan untuk produksi.
- *Proses* adalah metode atau prosedur yang digunakan.
- *Hasil/keluaran* adalah hasil akhir.

Setiap pernyataan tersebut (yaitu, struktur, proses, dan hasil) telah digunakan untuk mengukur kualitas. Pada umumnya, kualitas dalam praktik kefarmasian telah diukur dengan struktur dan metode proses. Ini berdasarkan pada prinsip bahwa kualitas hasil tidak mungkin tanpa struktur atau proses yang tepat. Selain itu, akan lebih sederhana dan tidak terlalu sulit untuk mengukur struktur dan proses daripada untuk mengukur hasil. Akan tetapi, baru-baru ini, pengukuran kualitas luaran semakin banyak digunakan.

Di dalam bidang farmasi, bahan baku atau struktur yang diperlukan untuk pemeliharaan kualitas sangat banyak dan bervariasi. Contoh-contohnya meliputi jumlah farmasis per *shift*, ruang kasir, surat izin praktik farmasis, luas apotek, buku pustaka pengobatan, stok obat, dan fasilitas konseling.

Karena farmasis bertanggung jawab atas semua langkah penggunaan obat, proses dalam apotek dapat merujuk pada setiap langkah dalam proses penggunaan obat (yaitu, peresepan, penyerahan, administrasi, atau pemantauan). Contoh proses pengukuran mencakup, tetapi tidak terbatas, kepatuhan terhadap rute atau pedoman klinis, persentase resep yang dinilai untuk ketepatan, dan persentase dari pasien yang diberi konseling.

Luaran merupakan daya pendorong di belakang manajemen terapi obat, yang berarti farmasis berpartisipasi dalam edukasi pasien, tinjauan obat, dan penatalaksanaan kondisi penyakit. Melalui aktivitas tersebut, farmasis mampu untuk memperbaiki asuhan pada pasien dengan (1) meningkatkan kontrol pasien terhadap kondisi medis mereka (Clifford et al., 2005; Cranor et al., 2003; Garrett dan Bluml, 2005; Kiel dan McCord, 2005; Leal and Harrier, 2004; Ragucci et al., 2005; Sadik et al., 2005; Scott et al., 2006; Schnipper et al., 2006; Sookaneknun et al., 2004) dan (2) pengurangan penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan (Cordina et al., 2001; Dedden et al., 1997; Garrett dan Bluml, 2005; Rupp et al., 1997), (3) meningkatkan pengetahuan pasien terhadap kondisi, penanganan, dan pengobatan mereka (Mangiapane et al., 2005; Schulz et al., 2001), (4) meningkatkan kepatuhan

dan taat terhadap regimen pengobatan (Krass et al., 2005; Lee et al., 2006; Mangiapane et al., 2005; Sookaneknun et al., 2004; Vrijens et al., 2006), (5) meningkatkan kepuasan pasien dengan memberikan asuhan kepada mereka (Cranor et al., 2003; Garrett and Bluml, 2005; Weinberger et al., 2002), (6) menghemat uang pembeli (Cranor et al., 2003; Fertleman et al., 2005; Garrett and Bluml, 2005; Ragucci et al., 2005), dan (7) memperbaiki kualitas hidup pasien (Cordina et al., 2001; Mangiapane et al., 2005; Rupp et al., 1997; Sadik et al., 2005; Scott et al., 2006; Schulz et al., 2001).

Farmasis memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi, menyelesaikan dan mencegah permasalahan terkait-obat, serta mengambil tanggung jawab dalam penatalaksanaan kondisi penyakit, terdokumentasi dengan baik (Bluml et al., 2000; Cranor et al., 2003; Fertleman et al., 2005; Hansen et al., 2006; Nolan, 2000; Schnipper et al., 2006). Jadi, luaran menggambarkan tujuan akhir pada asuhan atau terapi dan menjawab pertanyaan "apa yang sedang kami coba untuk selesaikan?"

Ada beberapa cara untuk mencapai luaran. Metode satu, model ECHO, mempunyai tiga pokok/tipe dasar hasil: ekonomi, klinis, dan humanis (Kozma et al., 1993). Hasil ekonomi termasuk biaya langsung dan konsekuensinya, medis dan nonmedis, serta biaya tidak langsung dan konsekuensi-nya. Sebagai contoh, bila menilai luaran dari perspektif pasien, pembayaran obat menjadi biaya pengobatan langsung, sedangkan biaya untuk mengambil obat dari apotek menjadi biaya langsung nonmedis. Hilangnya upah kerja yang salah dianggap sebagai biaya tidak langsung.

Pengukuran luaran klinis meliputi morbiditas dan mortalitas, frekuensi kejadian, dan penyelesaian gejala (Ovreitveit, 2001). Pengukuran ini merupakan ukuran langsung kualitas, tetapi mungkin sulit untuk menilai, khususnya dalam apotek, karena onsetnya dapat bertahun-tahun setelah penanganan atau intervensi (Chassin dan Galvin, 1998; Shane dan Gouveia, 2000). Dalam kasus ini, indikator atau penanda dapat digunakan untuk menilai luaran. Indikator ini dapat khusus untuk kondisi tertentu (misalnya, HgA1c) atau khusus untuk prosedur tertentu (contohnya, laju infeksi pascaoperasi setelah bedah pinggul) atau menempatkan masalah penting dalam asuhan pasien. Sebagai contoh, tekanan darah dapat digunakan sebagai penanda yang menilai kepekaan stroke karena ini tidak praktis, aman, atau etis untuk menunggu dan mengukur kejadian stroke.

Luaran humanistik termasuk mengukur aspek "manusia" dalam perawatan. Tipe khusus dari luaran humanistik termasuk kepuasan pasien dan kualitas hidup terkait dengan kesehatan (*health-related quality of life*, HRQoL). Sebagai contoh, survei terkait kepuasan pasien dengan pelayanan asuhan kefarmasian dapat digunakan untuk menilai luaran humanistik untuk pasien yang menerima pelayanan ini. Alternatif lain, penilaian kualitas hidup dapat berguna

untuk menilai dampak terapi obat pada hidup pasien secara keseluruhan.

Pengukuran luaran tampaknya menjadi suatu tugas yang menakutkan. Ini menyebabkan mengapa bos Anita, farmasis Par (dalam skenario), tidak mengimplementasikan program CQI perusahaan yang direkomendasikan oleh manajer distribusinya. Jadi, sisa bab ini akan menyajikan konsep-konsep ini dengan cara mudah dimengerti dan mencakup tips-tips implementasi sederhana.

■ APA YANG DAPAT APOTEK PELAJARI DARI INDUSTRI LAIN?

Asuhan kesehatan umumnya jauh ketinggalan di belakang industri lain dalam perbaikan kualitas. Obat disarankan seharusnya mengikuti perusahaan penerbangan dan industri lain dengan menggunakan manajemen kualitas untuk mengurangi variasi yang tidak diperlukan dan memperbaiki kualitas (Leape, 1994). Laporan IOM mendukung pernyataan ini bila penulis menyarankan bahwa sistem perawatan kesehatan Amerika dapat memperbaiki kualitas asuhan dengan meminjam teknik yang digunakan oleh industri lain untuk menstandarisasi proses (Kohn, 2000). Beberapa teknik ini didasarkan pada teori sistem.

Teori sistem, dikembangkan oleh von Bertalanffy (1968), telah digunakan dalam mesin, obat, dan pendidikan (Nagel, 1988; Sheridan, 1988). Suatu pendekatan sistem melibatkan definisi tujuan dan kinerja sistem yang diharapkan, penilaian karakteristik masukan, mempertimbangkan mekanisme alternatif untuk mencapai tujuan yang ditetapkan, implementasi sistem, dan pengaturan sistem berdasarkan pada umpan balik (Park, 1997; Sheridan, 1988). Pada dasarnya, suatu pendekatan sistem memungkinkan untuk pengawasan interaksi antara setiap komponen sistem sehingga dengan memperluas pendekatan pencarian yang lebih tradisional pada masing-masing komponen individu secara independen (Rasmussen et al., 1994; Sheridan, 1988).

Perusahaan penerbangan, pabrik pembuat pesawat terbang, dan Federal Aviation Authority (FAA) menggunakan kajian sistem perbaikan kualitas yang disebut prinsip faktor manusia (*human factors principles*) (Boeing, 1993; Edkins, 1998; FAA, 1993; Leape et al., 1998a). Kajian faktor manusia terhadap kualitas berfokus pada hubungan antara masalah kualitas dan sistem terjadinya masalah tersebut (Rasmussen et al., 1994). "Prinsip-prinsip faktor manusia merupakan konsep tentang desain kerja yang menggunakan keuntungan dari kekuatan dan kelemahan pikiran manusia dan kompensasi terhadap keterbatasannya" (Leape et al., 1998a). Prinsip-prinsip faktor manusia termasuk (1) pengurangan ketergantungan pada memori, (2) penyederhanaan dan standarisasi, (3) penggunaan protokol dan daftar tilik, (4) penggunaan

mekanisme untuk pencegahan kesalahan fisik (fungsi ketidaklaksanaan dan tenaga), (5) perbaikan akses informasi, (6) pengurangan kebergantungan pada kewaspadaan, (7) pembedaan, dan (8) implementasi otomasi (Kohn, 2000; Leape et al., 1998a).

Prinsip-prinsip faktor manusia dapat digunakan untuk memperbaiki kualitas (Kohn, 2000; Leape et al., 1998b). Sebagai contoh, peralatan, daftar tilik, dan pendukung keputusan dapat membantu pengguna untuk menghindari kebergantungan pada memori (Boeing, 1993; Leape, 1994; Leape et al., 1998a). Dalam praktik farmasi, pengurangan kebergantungan pada memori dapat ditangani dengan penggunaan sistem pendukung keputusan. Kebanyakan farmasi komunitas sekarang menggunakan sistem komputer di tempat (*in-store*) untuk mendukung kajian penggunaan obat (*drug utilization review*, DUR) prospektif yang dimandatkan oleh Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 (OBRA 90). Meskipun demikian, sistem pendukung keputusan seharusnya digunakan dengan bijaksana karena sistem tersebut tidak dimaksudkan untuk menggantikan ketrampilan pengambil keputusan klinis farmasis (Leape et al., 1998a; Nolan, 2000).

Standardisasi merupakan salah satu alat yang paling berguna untuk memperbaiki kualitas (Leape et al., 1998c). Jika seseorang melakukan hal yang sama setiap waktu, kesempatan bahwa ia akan melakukan aktivitas yang salah banyak berkurang (Leape et al., 1998c). Industri telah lama mengetahui bahwa kualitas dan variasi berhubungan terbalik; kualitas meningkat seiring dengan berkurangnya variasi (Deming, 1986). Dalam apotek, standardisasi merupakan metode yang paling sederhana, dapat diaplikasikan secara luas, dan paling efektif untuk perbaikan kualitas (Leape et al., 1998c). Kenyataannya, perubahan standardisasi telah melahirkan dorongan untuk jalur kritis bahwa fokus tidak hanya pada pencegahan kesalahan, tetapi juga untuk mengoptimalkan hasil, pengurangan biaya, dan kepuasan (Clearinghouse, 2000; American Pharmacists Association, 2003). Sistem pendukung keputusan ini juga dapat digunakan untuk mengurangi ketergantungan kewaspadaan melalui peringatan pada farmasis terhadap potensi masalah.

Mekanisme lain untuk mengurangi kebergantungan pada memori dan mengurangi variasi adalah menggunakan protokol dan daftar tilik. Protokol dan daftar tilik berfungsi sebagai pengingat tugas-tugas penting, khususnya bila kelalaian dapat menyebabkan konsekuensi yang serius, dan sering direkomendasikan sebagai mekanisme untuk meningkatkan kualitas (Boeing, 1993). Kebijakan dan protokol mengurangi kebingungan, sehingga memperbaiki kualitas penyerahan secara keseluruhan (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001). Ketidakefektifan yang "mencegah tindakan lebih lanjut sampai beberapa kondisi terpenuhi" (Leape et al., 1998a) dapat juga ditulis dalam protokol dan untuk

memberikan pemeriksaan kualitas dalam sistem. Sebagai contoh, protokol biasanya mencegah penyerahan resep sampai disetujui oleh cek akhir farmasis.

Perbaikan akses informasi menimbulkan perbaikan kualitas (Abelson dan Levi, 1985; Weinstein dan Fineberg, 1980). Satu penelitian menunjukkan bahwa farmasis membuat keputusan DUR prospektif yang lebih tepat ketika mereka memperoleh informasi pasien yang lebih lengkap, seperti profil pengobatan, informasi alergi, usia pasien, dan diagnosis (Warholak-Juarez et al., 2000). Oleh sebab itu, permintaan obat seharusnya tidak diproses tanpa pertimbangan farmasis terhadap hal ini dan bagian informasi yang sama.

Selain itu, perbaikan kualitas menghasilkan peningkatan yang sesuai dalam produktivitas karena sedikit pengolahan diperlukan dan sedikit buangan yang dihasilkan (Deming, 1986). "Perbaikan kualitas memindahkan buangan waktu jam manusia dan mesin ke dalam pembuatan barang yang baik dan pelayanan yang lebih baik" (Deming, 1986). Bila diekstrapolasikan ke dalam praktik farmasi, perbaikan kualitas diprediksikan akan menghasilkan hasil klinis yang diinginkan seperti perbaikan kualitas hidup dan hasil kemanusiaan yang positif seperti kepuasan pelanggan yang lebih besar. Peningkatan kepuasan pelanggan dapat membantu membuat tempat kerja lebih menyenangkan dan dapat menghasilkan peningkatan yang sesuai terhadap kepuasan pegawai. Ini akhirnya membuat apotek mempunyai sisi kompetitif dan memberi kesan sebagai penyedia asuhan kefarmasian berkualitas tinggi dan memungkinkan bisnis untuk merekrut dan memelihara karyawan yang diinginkan dan berkualifikasi tinggi. Semua hal ini merupakan strategi Anita (dalam skenario) yang ingin disampaikan ke bosnya.

■ METODE UNTUK JAMINAN KUALITAS PADA PRAKTIK FARMASI

Jaminan Kualitas

Jaminan kualitas (*quality assurance*, QA) telah didefinisikan sebagai "evaluasi dan pemantauan sistematis terhadap berbagai aspek proyek, pelayanan, atau fasilitas untuk menjamin bahwa standar kualitas telah terpenuhi" (Merriam-Webster, 2003). Pada dasarnya, pemeriksaan dilakukan untuk menjamin bahwa barang atau pelayanan memenuhi standar kualitas yang pasti. Permasalahan ditangani setelah terjadi (Godwin dan Sanborn, 1995).

Kontrol Kualitas

Kontrol kualitas (*quality control*, QC), seperti didefinisikan oleh *Webster's Dictionary* adalah "sekumpulan aktivitas (sebagai analisis rancangan dan inspeksi terhadap kerusakan/kecacatan) yang dirancang untuk menjamin kualitas yang

memadai" (Merriam-Webster, 2003). Kontrol kualitas memperbaiki produk atau rancangan pelayanan untuk memperbaiki tingkat kualitas; ini dapat dianggap sebagai pencegahan kecacatan.

Perbaikan Kualitas Berkelanjutan

Perbaikan kualitas berkelanjutan (*continuous quality improvement*, CQI) adalah "suatu filosofi perbaikan proses berkelanjutan yang terkait dengan penyediaan barang atau pelayanan yang sesuai atau melebihi harapan pelanggan" (Shortell et al., 1998). CQI, yang pertama kali digunakan dalam bidang manufaktur, diperkenalkan ke dalam perawatan kesehatan oleh Berwick dan Leape (1999). [CQI telah dikenal sebagai proses *proses perbaikan kualitas, manajemen kualitas total, dan kontrol kualitas total* (Lohr, 1990b)].

CQI memasukkan dua gagasan penting, yaitu melebihi jaminan kualitas (QA) dan kontrol kualitas (QC). Pertama, CQI mewakili total sistem perspektif mengenai kualitas; semua pekerja dalam sistem perawatan kesehatan saling berhubungan (Godwin and Sanborn, 1995). Bila pemeriksaan dari perspektif sistem, setiap tindakan profesional perawatan kesehatan dilakukan untuk memberikan keuntungan bagi pasien (Shortell et al., 1998). Oleh sebab itu, semua tindakan harus direncanakan untuk memperbaiki perawatan dan seharusnya tidak berfokus pada perbaikan kesalahan individu setelah kenyataan terjadi (Godwin dan Sanborn, 1995; Shortell et al., 1998). Jadi, permasalahan kualitas tidak diperiksa (atau dipersalahkan) pada tingkat individu (Blumenthal and Kilo, 1998). CQI meningkatkan identifikasi penyebab permasalahan melalui "manajemen berdasarkan fakta dan metodologi sains, yang membuatnya sesuai dengan nilai-nilai profesional perawatan kesehatan" (Shortell et al., 1998, p.605). Hal ini kemungkinan untuk mencapai keuntungan yang optimal ketika digunakan pada tingkat organisasi yang luas dan sistematis (Shortell et al., 1998).

Kedua, CQI menuntut bahwa proses perbaikan kualitas berkelanjutan atau tidak pernah berhenti (Blumenthal and Kilo, 1998). Perbaikan terjadi dengan mengintegrasikan informasi mengenai kualitas ke dalam siklus perancangan ulang dan perbaikan perawatan (Godwin and Sanborn, 1995). Perubahan dapat terjadi dengan cepat dan pada skala kecil, tetapi terjadi secara konstan. Dalam hal ini, CQI memperkuat penyedia perawatan kesehatan untuk memperbaiki kualitas setiap hari (Shortell et al., 1998).

Pada poin ini CQI tampaknya adalah "semua hal tentang mencari sesuatu yang salah atau mungkin dapat salah." Akan tetapi, CQI lebih dari hal tersebut. Ini merupakan proses sistematis untuk perbaikan kualitas yang berkelanjutan terhadap setiap aspek praktik farmasi mulai dari perawatan pasien hingga tanggung jawab manajerial. Dalam hal ini, CQI merupakan proses yang lebih positif daripada QA atau

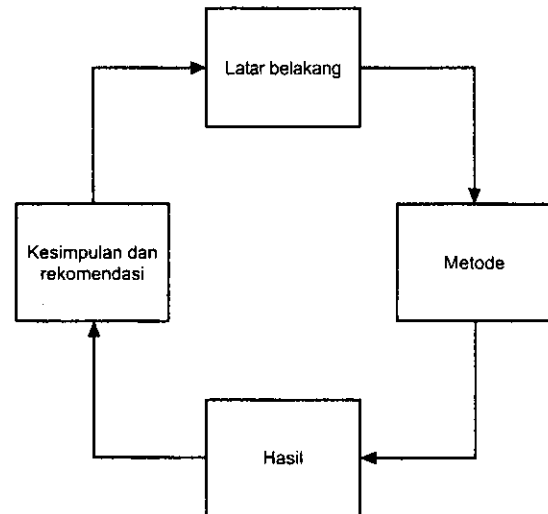
QC karena berfokus pada membuat sesuatu lebih baik secara konstan untuk semua orang yang bekerja di dalamnya dan berhubungan dengan praktik. CQI merupakan suatu metode untuk selalu mendorong perbaikan di setiap aspek, setiap bagian sistem penggunaan obat. Apotek yang menggunakan CQI secara konstan memperbaiki struktur, proses, dan hasil akan mencapai penguatan positif dari kepuasan, rawatan yang baik untuk pasien dan pekerja.

Satu tantangan untuk mengimplementasikan CQI dalam apotek adalah kekurangan contoh dalam pustaka. Selain itu, adanya publikasi laporan jarang melibatkan penelitian sains dengan saksama. Meskipun demikian, perbaikan kualitas telah digunakan untuk mengembangkan (Godley et al., 2001; Jacke-vicius, 2002; Jones dan Como, 2003; LaPointe et al., 2002), mengimplementasikan (Rischer and Bertolone-Childress, 1998), merevisi (Matanin and Cutrell, 1994), dan meningkatkan kepatuhan terhadap pedoman klinis (Bevenour et al., 2002; Chaikledkaew et al., 2002; Roberts et al., 2002) dan untuk meningkatkan kualitas secara keseluruhan (Goff et al., 2002; Griffey and Bohan 2006; Gomez et al., 2001; Jain et al., 2006; Jensen et al., 2002; Moffett et al., 2006; Weeks et al., 2001). Proses perbaikan kualitas telah digunakan untuk memantau kesalahan pengobatan (Braithwaite et al., 2004; Newland et al., 2001) dan untuk memperbaiki penulisan resep (Meyer, 2000). Proses tersebut telah digunakan untuk mendukung budaya perbaikan (Karow, 2002; Krogstad et al., 2005), mengurangi kesalahan obat (Briggs et al., 2002; Farber et al., 2002; Hritz et al., 2002; Rozich et al., 2003), mengimplementasi teknologi baru (Gambone dan Broder, 2007; Karow, 2002), dan mengurangi kejadian obat merugikan (*adverse drug event*, ADE) (Weeks et al., 2001). Sehubungan dengan ini, teknik perbaikan kualitas telah digunakan untuk mengimplementasikan dan memperbaiki pelayanan kefarmasian (Wieland et al., 1998) dan memperbaiki intervensi farmasi (Zimmerman et al., 1997).

Untuk semua bagian, teknik perbaikan kualitas telah digunakan dalam institusi, tetapi teknik tersebut menjadi lebih umum berlaku di rawat jalan (Jensen et al., 2002) dan apotek ber manajemen asuhan (Godley et al., 2001; Goff et al., 2002; Roberts et al., 2002). Ini merupakan bukti dalam skenario; manajer distriknya Pat adalah seseorang yang percaya dalam CQI dan meminta Pat untuk mengimplementasikan suatu sistem di apoteknya.

■ MODEL PERBAIKAN CQI

Banyak tersedia model CQI. Contoh model spesifik seperti model perencanaan, pelaksanaan, pemeriksaan, dan tindakan (*plan, do, check, and act*, PDCA) dan model menemukan, mengorganisasi, mengklarifikasi, memahami, memilih, me-



Gambar 7-1. Siklus pengukuran CQI.

rekanakan, mengerjakan, memeriksa, dan mengerjakan (*find, organize, clarify, understand, select, plan, do, check, and act*, FOCUS-PDCA) dan *six sigma* (Lazarus and Butler, 2001; Lazarus and Stamps, 2002). Kebanyakan model mengandung unsur-unsur yang merefleksikan konsep-konsep inti berikut: (1) perencanaan, (2) perancangan, (3) pengukuran, (4) penilaian, dan (5) perbaikan (Coe, 1998a).

CQI telah digambarkan sebagai suatu penerapan praktis metode sains (Blumenthal and Kilo, 1998). Perencanaan dalam kedua proses adalah sama. Dalam hal ini, seseorang dapat memikirkan langkah dalam siklus CQI sejalan dengan bagian artikel sains: latar belakang, metode, hasil, kesimpulan, dan rekomendasi. Pertimbangan CQI dalam hal ini mengurangi kebutuhan untuk mengingat terminologi tambahan. Lihat Gbr. 7-1 skema representasi proses CQI.

Langkah-langkah CQI didiskusikan dalam bab ini termasuk Daftar Tilik Siklus CQI (Lampiran 7A) dan Lembar Kerja Perencanaan (Lampiran 7B). Daftar tilik siklus CQI terdiri dari daftar singkatan tindakan yang diperlukan untuk kesuksesan siklus CQI. Lembar kerja perencanaan merupakan formulir yang lebih lengkap untuk membantu implementasi siklus CQI. Lembar kerja 1 dimaksudkan untuk digunakan selama pertemuan tim pertama. Lembar kerja 2 sebaiknya digunakan untuk pertemuan kedua melalui penyempurnaan kumpulan data, dan Lembar kerja 3 dimulai dengan analisis data dan mengarahkan pengguna melalui sisa siklus CQI. Oleh sebab itu, tidak perlu untuk menghafalkan langkah-langkah siklus CQI—silakan duduk dan baca saja tentang konsep-konsep yang ada.

Perekrutan Tim CQI

Fase perencanaan dalam perbaikan kualitas merupakan hal yang penting. Langkah pertama dalam pengembangan rencana yang kohesif adalah untuk menyatukan panel ahli. *Panel* ini harus interdisiplin dan harus termasuk mewakili semua disiplin yang akan dimasukkan dalam atau dipengaruhi oleh perencanaan kualitas. Tim juga harus meliputi ahli bidang tertentu, pengambil keputusan, dan personel lini depan. Di dalam apotek komunitas, seluruh staf apotek harus terlibat berpartisipasi. Ini akan menekankan pentingnya proses kualitas dan membantu mendapatkan dukungan staf untuk proyek perbaikan kualitas. Ini penting untuk dicatat bahwa sementara *buy-in* akan ditingkatkan oleh partisipasi dan pendapat staf yang terlibat, pengaruh ini akan hilang dengan cepat jika anggota staf tidak merasakan bahwa partisipasinya menguntungkan.

Latar Belakang Siklus CQI

Seleksi Fokus

Siklus CQI dimulai dengan pemilihan fokus perbaikan kualitas. Pemilihan berdasarkan atas mandat (baik yang berasal dari internal ataupun eksternal), atau pilihan mungkin bergantung pada tim. Bila tim diberikan kebebasan untuk memilih, salah satu dari beberapa proses dapat digunakan untuk memfasilitasi keputusan ini. Tim dapat menelaah secara mendalam bidang-bidang yang mungkin untuk dipelajari. Dalam kasus ini, semua anggota tim harus memberikan gagasan dengan bebas, dan setiap gagasan harus dicatat. Gagasan-gagasan ini kemudian diurutkan, dan konsensus tim dapat digunakan untuk pemilihan sistem. Contoh sistem yang telah terbukti memberikan kesempatan perbaikan kualitas dalam perawatan kesehatan meliputi identifikasi dan pengukuran insidens kesalahan obat, implementasi metode untuk mengurangi kesalahan pengobatan, pengukuran waktu pengisian pengobatan, analisis kepuasan terhadap pelayanan kefarmasian, evaluasi pengaruh intervensi farmasis, analisis kepatuhan terhadap persyaratan dokumentasi, dokumentasi insidens alergi obat, audit alat pompa analgesia yang dikendalikan oleh pasien, penilaian kesalahan obat pada pasien tertentu dalam pengisian kereta obat, dan analisis kontrol hipertensi dan petunjuk kepatuhan.

Pilihan lain, proses seperti mode kegagalan dan analisis efek atau analisis sumber penyebab dapat digunakan untuk mengidentifikasi sistem yang matang untuk aktivitas perbaikan kualitas. Mode kegagalan dan analisis efek merupakan prosedur prospektif yang digunakan untuk mengidentifikasi bidang-bidang perbaikan kualitas sebelum mereka menjadi masalah (Cohen et al., 1994; DeRosier et al., 2002; NCPS, 2001). Saat bidang-bidang yang mungkin

diidentifikasi, peneliti memutuskan jika hasil akan ditoleransi atau tidak ditoleransi (Cohen et al., 1994).

Analisis sumber penyebab merupakan proses sistematis yang digunakan untuk mengidentifikasi ketepatan atau sumber penyebab masalah (Coe, 1998b). Ini digunakan setelah masalah kualitas telah ditemukan (prosedur retrospektif) untuk mencegah terulang kembali (Coe, 1998c; NCPS, 2001). Proses dimulai dengan "tiga pertanyaan" yang membantu tim memutuskan masalah tersebut (yaitu, pelatihan staf, kompetensi, faktor manusia, peralatan, dan informasi) dapat berkontribusi terhadap masalah kualitas (Gosbee and Anderson, 2003). Saat pertanyaan ini dijawab, pertanyaan yang lebih rinci dan spesifik dipertimbangkan untuk mengidentifikasi cara memperbaiki sistem sehingga mengurangi keterulangan. Peneliti membuat suatu rencana aksi untuk mengimplementasi perbaikan sistem dan evaluasi perbaikan (Anonymous, 2002; Bagian et al., 2001). Pertimbangan yang lebih rinci mengenai dua proses ini dimasukkan dalam Tabel 7-1.

Deskripsi Fokus

Setelah fokus untuk perbaikan kualitas telah dipilih, penting untuk meyakinkan bahwa fokus tersebut sudah jelas untuk semua anggota tim. Ini dapat diselesaikan dengan memberikan deskripsi yang lengkap tentang bidang yang dipilih untuk dipelajari, tempat yang merupakan fokus terjadi, bagian dari obat menggunakan proses yang dipengaruhi, data dasar, bila dapat diaplikasikan.

Bagan alur yang secara eksplisit menunjukkan semua bagian proses dapat membantu deskripsi sistem. Bagan alur menggunakan simbol-simbol standar yang mewakili semua langkah proses (direpresentasikan dengan empat persegi panjang), serta poin keputusan (direpresentasikan dengan bentuk berlian) dan arah kemajuan dari satu subproses ke yang lain (Coe, 1998a). Bagan alur juga berguna karena dapat membantu tim untuk mengenali jika proses yang terpilih terlalu luas (yaitu, direpresentasikan oleh bagan alur yang tidak beraturan). Sebagai contoh bagan alur diberikan dalam Gbr. 7-1.

Pentingnya Fokus

Selanjutnya, tim harus menyatakan mengapa fokus penting. Fokus hasil seleksi seharusnya penting untuk organisasi dan mempunyai kekuatan untuk memimpin perbaikan. Fokus harus dipertimbangkan berdasarkan prioritas tinggi, volume tinggi, biaya tinggi, atau risiko tinggi. Sebagai contoh, suatu apotek komunitas memilih fokus pada kesalahan memasukkan pesanan resep bila bukti anekdot menunjukkan bahwa ini merupakan tahap yang rentan-kesalahan dalam proses penyerahan obat.

Dua Perangkat untuk Identifikasi Bidang Prioritas Perbaikan Kualitas

Prospektif: Mode Kegagalan dan Analisis Efek (Failure Mode and Effects Analysis (FMEA))

Veterans Administration National Center for Patient Safety (NCPS) telah menandatangani prosedur mesin yang digunakan untuk asuhan kesehatan. NCPS telah menyebutkan adaptasinya *healthcare failure mode effects analysis (HFMEA)* dan menawarkan kursus pelatihan siaran langsung dan *videoconferencing* mengenai penggunaannya (DeRosier et al., 2002). Sebagai alternatif, FMEA sebaiknya diperoleh salinan kursus video dan/atau artikel dan lembar kerja yang telah dikembangkan oleh NCPS untuk proses (tersedia dari NCPS pada www.patientsafety.gov/pubs/hfmea/cogaid). HFMEA dapat dilakukan untuk proses apa pun (misalnya, penggunaan obat pada waktu malam) atau untuk pengobatan khusus. Langkah-langkah meliputi:

- Langkah 1: Menjelaskan cakupan atau topik untuk dipelajari.
- Langkah 2: Menggabungkan tim multidisiplin termasuk para ahlinya.
- Langkah 3: Menggambarkan dan menyempitkan fokus.
- Langkah 4: Melakukan analisis bersiko.
- Langkah 5: Menyeleksi tindakan yang diperlukan serta pengukuran hasil dan menugaskan aktivitas kepada orang-orang yang bertanggung jawab untuk tindak lanjut.

Retrospektif: Analisis Sumber Penyebab (Root Cause Analysis (RCA))

Suatu pedoman analisis sumber penyebab *five whys* yang dikembangkan oleh NCPS (lihat www.patientsafety.gov/pubs/rca/fivewhys) mengatur jalannya analisis melalui setiap langkah dari keseluruhan evaluasi sumber penyebab masalah kualitas. Analisis semacam ini dimulai dengan tiga pertanyaan seperti

- Apakah kesalahan merupakan tindakan kriminal?
- Apakah suatu pelanggaran (disengaja) atau kesalahan?
- Apakah teknon manusia yang menjadi masalah?
- Apakah pelatihan staf atau kompetensi menjadi permasalahannya?
- Apakah melibatkan peralatan?
- Apakah kurang informasi/salah interpretasi?
- Apakah komunikasi menjadi permasalahannya?
- Apakah kebijakan/prosedur/peraturan yang menjadi permasalahan?
- Apakah tindakan pencegahan gagal dilaksanakan?

Saat pertanyaan-pertanyaan ini dijawab, pengguna disarankan pada pertanyaan yang lebih detail yang mengarahkan diskusi ke terentu. Pertanyaan-pertanyaan yang lebih detail meliputi tentang bidang seperti faktor manusia, komunikasi, staf, waktu, jadwal, lingkungan, peralatan, peraturan, kebijakan/prosedur, atau hambatan kualitas.

Tela' Literatur

Fokus terhadap literatur berhubungan dengan penelitian apa yang diketahui dan tidak diketahui tentang situasi yang sama. Langkah ini dapat mengamankan tim dalam waktu yang lama dalam perjalanan yang panjang. Pencarian literatur yang singkat akan membantu tim menemukan teknik, intervensi, dan alat-alat lain yang telah berhasil memperbaiki kualitas pada situasi yang sama.

Tujuan

Saat fokus (yaitu, proses atau masalah) terpilih, tim harus *menentukan semua tujuan* (Leape et al., 1998d). Semua tujuan umum termasuk (1) penemuan, (2) perkiraan frekuensi, dan (3) pengukuran perubahan (Leape et al., 1998d). Sebagai contoh, setelah CQI apotek telah memutuskan ingin berfokus pada kesalahan memasukkan pesanan resep, anggota tim kemudian harus memutuskan *apa* yang mereka inginkan untuk mengetahuinya. Mereka dapat memutuskan bahwa sejak ini merupakan siklus CQI pertama, mereka akan berfokus pada perkiraan frekuensi

masalah tersebut. Ini akan berfungsi sebagai data dasar untuk penilaian perbaikan.

Semua tujuan dapat digunakan untuk *memilih tujuan spesifik untuk siklus* (Leape et al., 1998d). Untuk menyelesaikan hal ini, tim harus memutuskan jika akan menilai truktur, proses, hasil, atau kombinasi semua ini sebagai ukuran kualitas. Tingkat efek yang diinginkan juga dinyatakan di dalam tujuan. Sebagai contoh, jika ukuran proses atau hasil dipilih, intervensi dapat dinilai dengan menggunakan rumus berikut untuk menyatakan suatu tujuan: x persen pengurangan dalam y terhadap z , yakni x = jumlah, y = proses/hasil, dan z = waktu.

Perhatikan bahwa penting untuk menilai kepraktisan tujuan spesifik. Tim CQI harus memeriksa tujuan spesifik secara saksama apakah ini realistis atau tidak. Jika tujuan tidak realistis, mungkin perlu pertimbangan kembali (Leape et al., 1998d). Pemilihan sesuatu yang masuk akal untuk siklus CQI yang pertama akan memberikan tim dengan pengalaman, peningkatan kesempatan untuk sukses, sehingga mendukung percaya diri para anggota untuk siklus selanjutnya.

Proses Asuhan Kesehatan dan Sumber Pengukuran Hasil

Bantuan dalam menyeleksi suatu pengukuran?

Banyak proses dan pengukuran hasil telah tersedia, sehingga tidak perlu untuk mengembangkan salah satu dari milik Anda. Penyeleksiian pengukuran dapat dipercepat dengan menilai literatur penting yang utama, meminta pendapat para ahli, atau menggunakan petunjuk yang telah diakui seperti pedoman dari JCAHO, HEDIS, atau Healthy People 2010.

Sumber-sumber lain meliputi National Quality Measure Clearinghouse (NQMC). NQMC menyediakan informasi tentang pengukuran kualitas asuhan kesehatan serta beberapa set pengukuran dan termasuk glosarium dan informasi tentang bagaimana menyeleksi, menggunakan, menerapkan, dan menginterpretasi suatu ukuran. Tersedia pada www.qualitymeasures.ahrq.gov. Alat-alat kualitas siap pakai dapat diakses melalui www.qualitytools.ahrq.gov/.

Metode Siklus CQI

Intervensi

Penemuan intervensi melalui telaah literatur harus dimasukkan pada daftar kemungkinan intervensi. Ini dapat meliputi teknik perbaikan kualitas seperti mengurangi ketergantungan pada memori, penyederhanaan, standardisasi, atau proses otomatis.

Proses dan Hasil Pengukuran

Selanjutnya, tim CQI harus menentukan bagaimana progres akan diukur (Leape et al., 1998d). Anggota tim seharusnya membuat daftar pengukuran proses dan/atau hasil yang diperlukan untuk menentukan jika tujuan telah terpenuhi. Biasanya, gabungan pengukuran proses dan hasil direkomendasikan (Leape et al., 1998d). Banyak pengukuran telah dikembangkan, sehingga perlu diingat: Jangan membuat pengukuran baru jika sudah ada yang baik; mengukur apa yang penting—tidak mudah; dan jangan mengukur sesuatu yang tidak dapat anda ubah atau interpretasi (Ovretveit, 2001). Lihat Tabel 7-2 untuk sumber tambahan pada penyeleksiian dan pengembangan pengukuran.

Prosedur Pengumpulan Data

Jika data yang dibutuhkan tidak terkumpulkan, tim CQI harus memikirkan rencana mengumpulkan data yang tepat. Tim dapat memilih dari beberapa perbedaan metode pengumpulan data (Leape et al., 1998d). Salah satu pilihannya adalah penggunaan poin inspeksi. Ini memerlukan pemeriksaan proses pada poin tertentu seperti “akan memanggil” pengkajian resep atau pemeriksaan akhir farmasi pada penyiapan resep. Pilihan yang lain untuk pengumpulan data adalah kelompok fokus. Kelompok fokus dapat digunakan untuk mengarahkan para pekerja atau

pasien bersama-sama untuk mengumpulkan gagasan dan pendapat mengenai struktur, proses, atau hasil. Jika metode ini digunakan, pendapat harus dikumpulkan dari masyarakat dengan berbagai perspektif. Pemantauan terhadap penanda merupakan pilihan yang lain. Penanda (*marker*) merupakan tanda pendahuluan bahwa diperlukan penelitian lebih lanjut. Sebagai contoh, penggunaan antihistamin kerja-cepat dalam situasi yang terburu-buru merupakan suatu tanda bahwa reaksi obat merugikan telah terjadi. Oleh sebab itu, pengumpulan data tambahan diperlukan. Tinjauan bagan pasien juga suatu pilihan untuk pengumpulan data secara retrospektif. Observasi (yaitu, melihat suatu proses) dan laporan spontan (misalnya, mengharuskan farmasis atau profesi kesehatan lain mencatat setiap kegiatan yang dilakukan) merupakan pilihan yang paling umum untuk pengumpulan data secara prospektif.

Rencana Analisis Data

Analisis statistik terencana harus dipikirkan secara terperinci untuk meyakinkan bahwa semua informasi yang diperlukan akan dikumpulkan. Ini dapat menyulitkan dan membutuhkan waktu untuk pengumpulan data yang terlupakan pada catatan kejadian. Ini tampaknya jelas terbukti, tetapi merupakan suatu kesalahan yang semua orang membuatnya.

Hasil Siklus CQI

Analisis Data

Statistik deskriptif (yaitu, nilai rerata, nilai tengah, dan presentase) paling sering digunakan untuk analisis data. Beberapa analisis dapat dilakukan sederhana dengan melakukan plot data ke dalam bagan atau grafik. Bagan dan grafik dapat membantu tim untuk menentukan pola dan tren serta memantau kinerja (Coe, 1998a). *Run chart*, yang menampilkan tren terhadap waktu (yaitu, jumlah kesalahan obat setiap bulan), dapat digunakan untuk menentukan jika masalah kualitas menjadi penyebab umum atau variasi spesial (yaitu, variasi musiman) (Coe, 1998a). Plot hamburan (yaitu, plot dua variabel) dapat digunakan untuk menentukan hubungan di antara variabel tersebut (Coe, 1998a). Histogram (yaitu, grafik batang yang menunjukkan berapa kali kejadian) dapat digunakan untuk menentukan di mana usaha seharusnya difokuskan (Coe, 1998a).

Untuk analisis atau uji hipotesis yang lebih kompleks, bantuan dari pihak luar mungkin dibutuhkan. Bila tidak ada ahli statistik dalam tim, mungkin akan bermanfaat untuk merujuk pada buku-buku statistik guna meyakinkan bahwa analisis yang dipilih tepat. Permintaan bantuan dari pihak luar juga merupakan suatu pilihan; tim seharusnya tidak ragu-ragu menghubungi sekolah farmasi setempat sebagai rujukan.

Kesimpulan, Implikasi, dan Rekomendasi Siklus CQI

Tahap akhir dalam proses adalah menjabarkan kesimpulan, implikasi, dan rekomendasi yang telah dicapai oleh tim setelah pemeriksaan hasil. Karena ini merupakan dasar (*"bottom line"*) proses, tahap ini harus dapat dimengerti oleh semua pihak di luar tim. Tahap ini seharusnya menjelaskan secara ringkas dan rinci tentang tindakan yang perlu dilakukan. Proses CQI dilakukan berulang kali; sehingga rekomendasi tim untuk siklus CQI ini dan untuk siklus CQI selanjutnya harus dimasukkan (Leape et al., 1998c). Ini akan menjadi berita yang baik untuk farmasis Pat. Karena CQI adalah proses perbaikan berkelanjutan, suatu pemahaman tentang ciri proses yang berulang akan mengurangi tekanan darinya untuk "memperbaiki" semua masalah sistem apotek.

■ AKREDITASI/KEPATUHAN TERHADAP STANDAR KUALITAS YANG DIATUR OLEH AGENSI ATAU ASOSIASI

Aktivitas perbaikan kualitas harus sering diakreditasi. Akreditasi awal menunjukkan bahwa suatu organisasi telah menemukan standar yang telah ditentukan sebelumnya. Proses akreditasi memberikan kerangka dasar untuk membantu organisasi berfokus pada memberikan keamanan, pelayanan berkualitas tinggi dan mempersyaratkan bahwa organisasi membuktikan kepada para pengkaji luar terhadap komitmennya untuk perbaikan berkelanjutan (Ovretveit, 2001).

Joint Commission

Joint Commission adalah suatu organisasi nonprofit yang berdiri tahun 1951 oleh American Medical Association dan American College of Surgeons (O'Malley, 1997). Komisi kerja sama dibangun untuk "perbaikan berkelanjutan terhadap keamanan dan kualitas perawatan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat melalui penyediaan akreditasi perawatan kesehatan dan pelayanan terkait yang mendukung perbaikan kinerja dalam organisasi perawatan kesehatan" (Joint CommissionWeb site). Fokus Joint Commission ini adalah pelebaran organisasi (O'Malley, 1997).

Proses survei Joint Commission sebagian besar berorientasi pada proses, tetapi secara bertahap menuju model pengukuran hasil. Perubahan ini telah ditunjukkan dengan pengenalan inisiatif ORYX. ORYX, yang mulai tahun 1997, dirancang untuk "integrasi hasil dan data pengukuran kinerja lainnya ke dalam proses akreditasi" (Joint CommissionWeb site). Tujuannya adalah untuk menyiapkan organisasi dengan informasi yang dapat mereka gunakan untuk memperbaiki perawatan pasien" (Anonymous, 2003c). Walaupun kepatuhan Joint Commission bersifat tidak wajib, beberapa

organisasi menganggapnya sebagai keharusan (O'Malley, 1997). Tanpa mendapatkan akreditasi Joint Commission dapat berdampak buruk pada martabat organisasi dan status penggantian biaya (Coe, 1998c; O'Malley, 1997). Dimensi utama dalam evaluasi kinerja meliputi efikasi, ketepatan, ketersediaan, ketepatan waktu, efektivitas, keberlanjutan, keamanan, efisiensi, kehormatan, dan kepedulian (Coe, 1998a).

National Committee for Quality Assurance

The National Committee for Quality Assurance (NCQA) merupakan organisasi nonprofit yang didirikan pada tahun 1979 oleh asosiasi pertukaran pengelolaan asuhan sebagai respons terhadap kebutuhan untuk menyediakan pengukuran dan pelaporan standar kualitas (NCQA, 2003). NCQA meninjau dan memberikan akreditasi semua tipe pengelolaan organisasi asuhan kesehatan (NCQA, 2007). Survei NCQA sebagian besar berorientasi pada proses (O'Malley, 1997).

Pengukuran Kualitas

Sementara organisasi akreditasi asuhan kesehatan tetap ada, data kualitas tidak siap tersedia untuk masyarakat umum sampai yang terbaru. Pengukuran kualitas ini (kadang-kadang disebut "kartu laporan") membuat indikator kualitas asuhan kesehatan tersedia untuk masyarakat umum. Ini mendorong organisasi asuhan kesehatan untuk berkompetisi atas dasar kualitas dan menciptakan pasar yang menghargai kualitas, tidak hanya menekan biaya (Blumenthal and Kilo, 1998; O'Malley, 1997).

HEDIS

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) adalah kartu laporan asuhan kesehatan yang dirancang oleh NCQA. HEDIS menstandarisasi data kinerja rencana kesehatan dan menyebarkan informasi ini sehingga rencana-rencana dapat dibandingkan (O'Malley, 1997). Ini memungkinkan para pembeli dan pelanggan asuhan kesehatan untuk membuat pilihan informasi (O'Malley, 1997). Wewenang tugas HEDIS meliputi efektivitas asuhan, akses dan ketersediaan asuhan, stabilitas rencana kesehatan, penggunaan pelayanan, biaya asuhan, pilihan informasi asuhan kesehatan, kepuasan dengan pengalaman asuhan, dan informasi deskriptif rencana kesehatan.

Leapfrog Group

Leapfrog group dibentuk oleh koalisi 500 perusahaan kaya dan memimpin organisasi akuisisi asuhan kesehatan (Leapfrog, 2003). Leapfrog Group berkembang menciptakan pasar yang menghargai kualitas, tidak hanya penyedia berbiaya paling rendah, dengan memberikan informasi berkualitas kepada pelanggan (Leapfrog, 2003). Sementara pengukuran

Leapfrog kini berorientasi pada proses, perbaikan yang akan datang meliputi pengukuran hasil tambahan (Lovern, 2001).

Penguraian Pengukuran Kualitas

Pengukuran kualitas seperti yang disebutkan sebelumnya dikembangkan untuk penggunaan konsumen. Akan tetapi, banyak pasien mengalami kesulitan untuk memahami pengukuran ini dan melaporkan dengan cukup baik untuk menggunakannya dalam membuat keputusan asuhan kesehatan yang rasional. Pasien dan penyedia asuhan kesehatan dapat memperoleh bantuan dari situs Web Amerika Serikat yang disebut dengan *TalkingQuality.gov*. *TalkingQuality.gov* dikembangkan untuk membantu pasien memahami konsep kualitas asuhan kesehatan dan memberikan saran praktis untuk pemilihan asuransi dan penyedia asuhan kesehatan (Anonymous, 2003b). Ini dapat menjadi sumber yang baik untuk Anita, Pat, dan pasiennya.

Masa Depan

Sejak berdirinya Joint Commission, lingkup organisasi asuhan kesehatan yang memenuhi syarat untuk akreditasi telah meluas dari rumah sakit ke sistem kesehatan yang luas dan sekarang bahkan manajer profit farmasi (URAC, 2006). Di banyak negara, seperti Australia, apotek diakreditasi (Pharmacy Guild of Australia, 2007). Ini memungkinkan bahwa apotek komunitas di Amerika Serikat suatu hari memenuhi syarat untuk akreditasi yang sama (jika tidak melalui Joint Commission, kemudian melalui badan akreditasi lain). Kelompok seperti Pharmacy Quality Alliance (PQA) telah memulai mengembangkan indikator khusus untuk farmasi yang dapat berfungsi sebagai dasar untuk akreditasi (Reynolds, 2007).

Di masa depan, proses akreditasi menjadi lebih fokus pada hasil pengukuran. Akhirnya, kartu laporan asuhan kesehatan dapat lebih dijangkau dan mudah untuk dimengerti, sehingga membantu untuk mewujudkan suatu pasar kualitas. Banyak diskusi tentang penyesuaian pembayaran bersama untuk mendorong pasien menggunakan penyedia pelayanan yang memenuhi standar pembelian yang telah ada (Lovern, 2001). Pada beberapa kasus, perbaikan kualitas apotek dapat dirugaskan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Sebagai contoh, hukum baru pada negara bagian Arizona mempersyaratkan bahwa setiap apotek berpartisipasi dalam program CQI (Arizona Revised Statutes, 2007).

Jadi, apa arti hal ini untuk praktik kefarmasian? Lebih banyak farmasis harus mengerti CQI dan mampu untuk mengembangkan, mengimplementasi, dan mengukur hasil dari rencana tersebut. Ini dapat memberikan kesem-

patan untuk suatu sistem kartu laporan apotek komunitas (pengukuran kualitas), yakni apotek dapat mengimbangi dasar kualitas. Sistem tersebut dapat memberikan kesempatan besar untuk apotek menyebarkan hasil kualitas kepada pembayar dan pasien. Bila sistem sukses, kualitas dapat mendorong pilihan pasien dan keputusan pembayar. Akhirnya, apotek dengan kualitas paling tinggi akan memperoleh pasar yang lebih besar atau mendapatkan rata-rata penggantian biaya lebih tinggi untuk pelayanan tertentu.

JAMINAN KUALITAS: SARAN-SARAN PRAKTIS UNTUK FARMASIS

Ada beberapa hal yang dapat dilakukan farmasis untuk memperbaiki kualitas. Pertama, mereka dapat mencoba untuk mengembangkan suatu budaya "pengkajian sistem" dalam organisasi (Hume, 1999). Perubahan sistem harus dapat diimplementasikan bila hanya organisasi siap untuk berubah dan memiliki kemampuan kepemimpinan yang mendukung pengkajian sistem "no finger pointing" (Shortell et al., 1994). Setiap orang dalam organisasi harus diinformasikan dan diundang untuk berpartisipasi dalam setiap perubahan sistem kualitas. Evaluasi personel (yaitu, penghargaan kinerja) harus mencakup komponen perbaikan kualitas agar karyawan dihargai atas usaha mereka dalam berbagai hal (Shortell et al., 1994).

Kedua, fokus terhadap perubahan sistem yang penting dan berpengaruh besar (Hume, 1999; Shortell et al., 1994). Untuk keamanan obat, fokusnya adalah pengobatan dengan perhatian yang tinggi (yaitu, obat dengan perputaran yang cepat, obat dengan indeks terapi sempit, dan obat yang tersedia dalam banyak kekuatan), populasi berisiko tinggi (yaitu, anak-anak dan lanjut usia), atau masalah pemrosesan data (yaitu, memasukkan pesanan data). Kesempatan yang signifikan untuk perbaikan dapat dikumpulkan dari analisis intervensi data, laporan kejadian obat, komentar pasien, atau umpan balik karyawan (Johnson et al., 2002; Rogers, 1997).

Ketiga, perubahan yang kecil harus diimplementasikan dalam siklus cepat (Hume, 1999). Tim perbaikan kualitas harus diberikan kesempatan untuk belajar tentang kualitas dengan usaha perubahan kecil pertama kalinya. Mungkin terlalu frustrasi bagi mereka untuk mengambil proyek yang besar pada siklus pertama. Anggota tim harus mampu mengalami kesuksesan dan melihat seberapa besar perbaikan dapat dibuat dengan perubahan yang relatif kecil; kemudian semangat mereka akan berlipat ganda.

Keempat, tim harus mengimplementasikan intervensi-intervensi yang telah bekerja di mana pun (Hume, 1999). Ini meningkatkan kemungkinan keberhasilan dan mengurangi jumlah usaha-usaha yang diperlukan dalam proses. Ini tidak

berharga jika kebanyakan intervensi yang sukses mengubah sistem, bukan masyarakat (Nolan, 2000; van Bokhoven et al., 2003).

Bila organisasi farmasi tidak ingin mengembangkan rencana CQI-nya sendiri, tersedia bantuan. Pharmacy Quality Commitment (PQC) telah mengembangkan Sentinel System untuk apotek komunitas. Sistem ini, yang mencakup praktik terbaik, teknik manajemen risiko, dan prosedur sistematis untuk meningkatkan kualitas, siap untuk digunakan dan tersedia dari National Alliance of State Pharmacy Association di www.pqc.net.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Anita telah mengantisipasi bahwa Pat meminta bantuannya. Dia menghirup napas dalam-dalam dan mengeluarkan buku ajar dari tasnya. "Saya mungkin dapat membantu," dia berpikir dalam dirinya sendiri. Dia tidak bermaksud sebagai seorang ahli, tetapi berterima kasih pada pelatihan di sekolah farmasinya atas perbaikan kualitas, dia cukup mengetahui bagaimana memulai dan di mana memperoleh informasi lain.

■ KESIMPULAN

Kualitas merupakan komponen penting dalam praktik kefarmasian yang profesional dan kompeten. Peningkatan kualitas mempunyai banyak pengaruh yang menguntungkan pada banyak praktek, seperti mengurangi kerja ulang dan meningkatkan produktivitas. Banyak perubahan perbaikan kualitas bersifat sederhana dan dapat diimplementasikan dengan cepat, tetapi memiliki dampak yang besar pada kualitas asuhan pasien.

Kualitas asuhan kesehatan akhirnya mencapai posisi "visibilitas yang tinggi dalam agenda nasional," dan farmasis telah diakui sebagai pemain utama dalam proses (Kusserow, 1990). Jadi, farmasis akan lebih sering dipanggil untuk menjamin kualitas pada semua bagian sistem penggunaan obat.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

Anita telah mulai menempatkan kualitas di tempat praktik kefarmasiannya.

1. Apa langkah lain yang seharusnya dia lakukan?
2. Bagaimana rencana perbaikan kualitas dapat tetap berjalan?
3. Bagaimana farmasi dapat menggunakan rencana perbaikan kualitas untuk pemasaran?
4. Di mana farmasis atau siswa farmasi dapat mencari informasi tambahan tentang perbaikan kualitas?

■ UCAPAN TERIMA KASIH

Saya mengucapkan terima kasih kepada Dr. Tom Reutzel atas bimbingan dan dukungannya dalam penulisan bab ini.

REFERENSI

- Abelson RP, Levi A. 1985. Decision making and decision theory. In *Handbook of Social Psychology*, hlm. 231. New York: Random House.
- Anonymous. 2002. *Root Cause Analysis*. Washington, DC:VA National Center for Patient Safety.
- Anonymous. 2003a. *FACCT: Foundation for Accountability*. Portland, OR: FACCT.
- Anonymous. 2003b. *The Big Picture*. Talkingquality.gov.
- Anonymous. 2003c. *Performance Measures in Health Care*. Washington, DC: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Anonymous. 2003d. The virtues of independent double checks: They really are worth your time. *ISMP Medical Safety Alert*; tersedia di www.ismp.org/msarticle/timeprint.html; diakses pada 2 Maret 2003.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2001. *Medical Errors: The Scope of the Problem*. Rockville, MD, AHRQ.
- American Pharmacists Association (APhA). 2003. *American Pharmacists Association Catalogue*. Washington, DC: APhA.
- Arizona Revised Statutes. 2007. Amending Title 32, Chapter 18, Article 3, Arizona Revised Statutes, by adding 32-173, relating to the state board of pharmacy.
- Bagian JP, Lee C, Gosbee J, et al. 2001. Developing and deploying a patient safety program in a large health care delivery system: You can't fix what you don't know about. *Joint Comm J Qual Improv* 27:522.
- Berwick DM, Leape LL. 1999. Reducing errors in medicine. *Br Med J* 319:137.
- Bevenour K, Karsch A, Keyack RL, et al. 2002. Meperidine restriction program at a community hospital. ASHP Midyear Clinical Meeting, Atlanta, GA.
- Blumenthal D, Kilo CM. 1998. A report card on continuous quality improvement. *Milbank Q* 76:625.
- Bluml BM, McKenney JM, Cziraki MJ, et al. 2000. Pharmaceutical care services and results in project ImPACT: Hyperlipidemia. *J Am Pharm Assoc* 40:157.
- Boeing. 1993. *Accident Prevention Strategies: Removing Links in the Accident Chain*. Seattle: Boeing Commercial Airplane Group.
- Braithwaite RS, DeVita MA, Mahidhara R, et al. 2004. Use of medical emergency team (MET) responses to detect medical errors. *Qual Saf Health Care* 13:255-9.

- Briggs FE, Mark LK, Faris RJ, et al. 2002. Innovative solutions to a missing dose problem. American Society of Health System Pharmacy Summer Meeting, Baltimore, MD.
- Campbell JR, Tierney WM, 1989. Information management in clinical prevention. *Primary Care* 16:251.
- Carey RG, Teeters JL. 1995. CQI case study: Reducing medication errors. *Joint Comm J Qual Improv* 21:232.
- Chaikledkaew U, Hopeff AW, Chen S, et al. 2002. Hospital compliance with JCAHO core measured for patients with heart failure (HF). ASHP Midyear Clinical Meeting, Atlanta, GA.
- Chassin MR, Galvin RW. 1998. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on health care quality. *JAMA* 280:1000-5.
- Clearinghouse NG. 2000. Evidence-based clinical practice guidelines. Agency for Healthcare Research and Quality; tersedia di www.qualitymeasures.ahrq.gov/.
- Clifford RM, Davis WA, Batty KT, et al. 2005. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes: The Fremantle diabetes study. *Diabetes Care* 28:771-6.
- Coe CP. 1998a. An overview of the Joint Commission's improving organizational performance standards. In *Preparing the Pharmacy for a Joint Commission Survey*, hlm. 189. Bethesda, MD: ASHP.
- Coe CP. 1998b. Overview of the Joint Commission's Sentinel Event Policy. In *Preparing the Pharmacy for a Joint Commission Survey*, hlm. 200. Bethesda, MD: ASHP.
- Coe CP. 1998c. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. In *Preparing the Pharmacy for a Joint Commission Survey*, p. 1. Bethesda, MD: ASHP.
- Cohen MR, Senders J, Davis NM. 1994. Failure mode and effects analysis: A novel approach to avoiding dangerous medication errors and accidents. *Hosp Pharm* 29:319.
- Congress of the United States, Office of Technology Assessment. 1988. *The Quality of Medical Care: Information for Consumers*, p. x. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Cordina M, McElnay JC, Hughes CM. 2001. Assessment of a community pharmacy-based program for patients with asthma. *Pharmacotherapy* 21:1196-203.
- Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. 2003. The Asheville Project: Long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 43:173.
- Dedden P, Chang B, Nagel D. 1997. Pharmacy-managed program for home treatment of deep vein thrombosis with enoxaparin. *Am J Health-Syst Pharm* 54:1968.
- Deming WE. 1986. *Out of the Crisis*. Cambridge, MA:Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP, et al. 2002. Using health care failure mode and effect analysis: The VA National Center for Patient Safety's prospective risk analysis system. *Joint Comm J Qual Improv* 28:248.
- Donabedian A. 1969. Quality of care: Problems of measurement: II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Public Health Nations Health* 59:1833.
- Donabedian A. 1991. Quality assurance: Structure, process, and outcome. *Nurs Stand* 7:4.
- Edkins GD. 1998. The INDICATE safety program: Evaluation of a method to proactively improve airline safety performance. *Saf Sci* 30:275.
- Farber MS, Palwicki KS, Tims PM, et al. 2002. Proactive root cause analysis in a multi-hospital system. ASHP Summer Meeting, Baltimore, MD.
- Federal Aviation Authority (FAA). 1993. *Human Factor Policy*. Washington, DC: U.S. Department of Transportation.
- Fertleman M, Barnett N, Patel T. 2005. Improving medication management for patients: The effect of a pharmacist on post-admission ward rounds. *Qual Saf Health Care* 14:207-11.
- Gambone JC, Broder MS. 2007. Embedding quality improvement and patient safety: The UCLA value analysis experience. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 21:581-592.
- Garrett DG, Bluml BM. 2005. Patient self-management program for diabetes: First-year clinical, humanistic, and economic outcomes. *J Am Pharm Assoc* 45:130-7.
- Godley P, Pham H, Rohack J, et al. 2001. Opportunities for improving the quality of hypertension care in a managed care setting. *Am J Health-Syst Pharm* 58:1728.
- Godwin HN, Sanborn MD. 1995. Total quality management in hospital pharmacy. *Am Pharm NS* 35:51.
- Goff DC Jr, Gu L, Cantley LK, et al. 2002. Enhancing the quality of care for patients with coronary heart disease: The design and baseline results of the hastening the effective application of research through technology (HEART) trial. *Am J Manag Care* 8:1069.
- Goldspiel BR, DeChristoforo R, Daniels, CE S. 2000. A continuous-improvement approach for reducing the number of chemotherapy-related medication errors. *Am J Health-Syst Pharm* 57:S4.
- Gomez E, Sutton SS, Olyaei A, et al. 2001. Multicenter evaluation of risk factors for aspergillosis in patients treated with lipoid amphotericin B products: Outcomes, utilization parameters, and benchmarking. *Am J Health-Syst Pharm* 36:2.
- Gosbee J, Anderson T. 2003. Human factors engineering design demonstrations can enlighten your RCA team. *Qual Saf Health Care* 12:119.

- Griffey RT, Bohan JS. 2006. Healthcare provider complaints to the emergency department: A preliminary report on a new quality improvement instrument. *Qual Saf Health Care* 15:344-6.
- Hansen LB, Fernald D, Akaya-Guerra R, et al. 2006. Pharmacy clarification of prescriptions ordered in primary care: A report from the Applied Strategies for Improving Patient Safety (ASIPS) collaborative. *J Am Board Fam Med* 19:24-30.
- Hepler CD, Strand LM. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47:33.
- Hritz RW, Everly JL, Care SA. 2002. Medication error identification is a key to prevention: A performance improvement approach. *J Healthcare Qual* 24:10.
- Hume M. 1999. Changing hospital culture, systems reduces drug errors. *Exec Solutions Healthcare Manag* 2:1.
- Jackevicius C. 2002. Quality improvement initiative for pharmacist-assisted warfarin dosing: Implementation and evaluation of a new protocol. *Can J Hosp Pharm* 55:105.
- Jain M, Miller L, Belt D, et al. 2006. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care* 15:235-9.
- Jensen MK, Fiscella RG, Lewis T. 2002. Successfully enhancing patient outcomes through quality improvement processes: Experience using an infectious reporting database at an ambulatory eye clinic. ASHP Midyear Clinical Meeting, Atlanta, GA.
- Johnson ST, Brown GC, Shea KM. 2002. Reengineering a pharmacist intervention program. *Am J Health-Syst Pharm* 59:916.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2006. Facts about the Joint Commission on Healthcare Organizations; tersedia di www.jcaho.org/aboutUS/index.htm; diakses pada 6 Agustus 2004.
- Jones TA, Como JA. 2003. Assessment of medication errors that involved drug allergies at a university hospital. *Pharmacotherapy* 23:855.
- Karow HS. 2002. Creating a culture of medication administration safety: Laying the foundation for computerized provider order entry. *Joint Comm J Qual Improv* 28:396.
- Kiel PJ, McCord AD. 2005. Pharmacist impact on clinical outcomes in a diabetes disease management program via collaborative practice. *Ann Pharmacother* 39:1828-32.
- Kohn L. 2000. To err is human: An interview with the Institute of Medicine's Linda Kohn. *Joint Comm J Qual Improv* 26:227.
- Kozma CM, Reeder CE, Schultz RM. 1993. Economic, clinical and humanistic outcomes: A planning model for pharmacoeconomic research. *Clin Ther* 15:1121.
- Krass I, Taylor SJ, Smith C, et al. 2005. Impact on medication use and adherence of Australian pharmacists' diabetes care services. *J Am Pharm Assoc* 45:33-40.
- Krogstad U, Hofoss D, et al. 2005. Hospital quality improvement in context: A multilevel analysis of staff job evaluations. *Qual Saf Health Care* 14:438-42.
- Kusserow RP. 1990. *The Clinical Role of the Community Pharmacist*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- LaPointe DR, Arnold AD, Eichelberger WJ. 2002. Quality improvement projects to enhance safety and efficacy of gentamicin in a neonatal intensive care unit. ASHP Midyear Clinical Meeting, Atlanta, GA.
- Lazarus IR, Butler K. 2001. The promise of six sigma, part 1. *Manag Healthcare Exec* 10:22.
- Lazarus IR, Stamps B. 2002. The promise of six sigma, part 2. *Manag Healthcare Exec* 1:27.
- Leal S, Herrier RN, Glover JJ, Felix A. 2004. Improving quality of care in diabetes through a comprehensive pharmacist-based disease management program. *Diabetes Care* 27:2983-4.
- Leape LL. 1994. Error in medicine. *JAMA* 272:1851.
- Leape LL, Kabcenell A, Berwick DM, et al. 1998a. Change concepts for reducing adverse drug events. In *Reducing Adverse Drug Events: Breakthrough Series Guide*, hlm. 49. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Leape LL, Kabcenell A, Berwick DM, et al. 1998b. The challenge. In *Reducing Adverse Drug Events: Breakthrough Series Guide*, hlm. xiv. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Leape LL, Kabcenell A, Berwick DM, et al. 1998c. Achieving breakthrough improvement in reducing adverse drug events. In *Reducing Adverse Drug Events: Breakthrough Series Guide*, hlm. 79. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Leape LL, Kabcenell A, Berwick DM, et al. 1998d. A step-by-step guide to reducing adverse drug events. In *Reducing Adverse Drug Events: Breakthrough Series Guide*, hlm. 13. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Leape LL, Kabcenell A, Berwick DM, et al. 1998e. *A Model for Accelerating Improvement in Reducing Adverse Drug Events: Breakthrough Series Guide*, hlm. 1. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Leapfrog. 2002. Leapfrog Group jumps at chance to give consumers health care info. *Healthcare Benchmarks* 9:25.
- Leapfrog. 2003. *The Leapfrog Group for Patient Safety: Rewarding Higher Standards*. The Leapfrog Group; tersedia di www.leapfroggroup.org/about.htm; diakses pada 23 Mei 2003.
- Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. 2006. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: A

- randomized, controlled trial (see Comment). *JAMA* 296:2563-71.
- Lohr KE. 1990a. Health, health care, and quality of care. In *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, hlm. 19. Washington, DC: National Academy Press.
- Lohr KE. 1990b. Concepts of assessing, assuring, and improving quality. In *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, hlm. 45. Washington, DC: National Academy Press.
- Lovern E. 2001. Minding hospitals' business: Purchasing coalition pushes hospitals to improve patient safety through process measures, but industry says standards are too expensive. *Mod Healthcare* 31:30.
- Mangiapane S, Schulz M, et al. 2005. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Ann Pharmacother* 39:1817-22.
- Matanin D, Cutrell D. 1994. A continuous quality improvement program for phenytoin IV. *Hosp Formul* 29:212.
- National Committee for Quality Assurance (NCQA). 2007. Accreditation, certification and recognition; tersedia di <http://web.ncqa.org/tabid/58/Default.aspx>; diakses pada 25 Juni 2007.
- Merriam-Webster. 2003. *Merriam-Webster Dictionary*. Springfield, MA: Merriam-Webster.
- Moffett BS, Parham AL, Candilla CD, et al. 2006. Oral anticoagulation in a pediatric hospital: Impact of a quality improvement initiative on warfarin management strategies. *Qual Saf Health Care* 15:240-3.
- Meyer TA. 2000. Improving the quality of the order-writing process for inpatient orders and outpatient prescriptions. *Am J Health-Syst Pharm* 57:S18.
- Nagel DC. 1988. Human error in aviation operations. In Nagel DC (ed), *Human Factors in Aviation*, hlm. 263. New York: Academic Press.
- National Center for Patient Safety (NCPS). 2001a. Healthcare failure mode and effect analysis. In *Strategies for Leadership*. Ann Arbor, MI: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety.
- National Center for Patient Safety (NCPS). 2001b. Safety assessment code and triage card training CD-ROM. *Strategies for Leadership: A Toolkit for Improving Patient Safety*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety.
- National Center for Patient Safety (NCPS). 2001c. *NCPS Triage Cards for Root Cause Analysis*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, 2001.
- National Committee for Quality Assurance (NCQA). 2003. *NCQA Overview*. Washington, DC: NCQA.
- Newland S, Golembiewski JA, Green CR, et al. 2001. Continuous quality improvement approach to reducing hydromorphone PCA programming errors. *Am J Health-Syst Pharm* 36:710.
- Nolan TW. 2000. System changes to improve patient safety. *Br Med J* 320:771.
- O'Malley C. 1997. Quality measurement for health systems: Accreditation and report cards. *Am J Health-Syst Pharm* 54:1528.
- Ovretveit J. 1992. *Health Service Quality*. Oxford, England: Blackwell Scientific.
- Ovretveit J. 2001. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int J Health Plan Manag* 16:229.
- Park KS. 1997. Human error. In Salvendy G (ed), *Handbook of Human Factors and Ergonomics*, hlm. 150. New York: Wiley-Interscience.
- Pharmacy Guild of Australia. 2006. Quality Care Pharmacy Program; tersedia di www.guild.org.au/qcpp/; diakses pada 25 Juni 2007.
- Ragucci KR, Fermo JD, Wessell AM, et al. 2005. Effectiveness of pharmacist-administered diabetes mellitus education and management services. *Pharmacotherapy* 25:1809-16.
- Rasmussen J, Pejtersen AM, Goodstein LP, 1994. *Cognitive Systems Engineering*. New York: Wiley.
- Reynolds B. 2007. PQA continues work of improving patient safety, care. *Pharmacy Today* June: 40.
- Rischer JB, Bertolone-Childress S. 1998. Implementation of the AHCPR clinical practice guideline on the management of cancer pain. *J Pharm Care Pain Symp Control* 6:79.
- Roberts K, Cockerham TR, Waugh WJ, 2002. An innovative approach to managing depression: Focus on HEDIS standards. *J Healthcare Qual* 24:11.
- Rogers B. 1997. Preventing medication errors. *Healthplan* 38:27.
- Rozich JD, Haraden CR, Resar RK, 2003. Adverse drug event trigger tool: A practical methodology for measuring medication related harm. *Qual Saf Health Care* 12:194.
- Rupp MT, McCallian DJ, Sheth KK, 1997. Developing and marketing a community pharmacy-based asthma management program. *J Am Pharm Assoc* NS37:694.
- Sadik A, Yousif M, McElroy JC, 2005. Pharmaceutical care of patients with heart failure. *Br J Clin Pharmacol* 60:183-93.
- Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, et al. 2006. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med* 166:565-71.
- Schulz M, Verheyen F, Muhlig S, et al. 2001. Pharmaceutical care services for asthma patients: A controlled intervention study. *J Clin Pharmacol* 41:668-76.

- Scott DM, Boyd ST, Stephan M, et al. 2006. Outcomes of pharmacist-managed diabetes care services in a community health center. *Am J Health-Syst Pharm* 63:2116-22.
- Shane R, Gouveia WA. 2000. Developing a strategic plan for quality in pharmacy practice. *Am J Health-Syst Pharm* 57:470.
- Sheridan TB. 1988. The system perspective. In Nagel DC (ed), *Human Factors in Aviation*, hlm. 27. New York: Academic Press.
- Shortell SM, Bennett CL, Byck GR, 1998. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress. *Milbank Q* 76:593.
- Shortell SM, O'Brien JL, Hughes EF, et al. 1994. Assessing the progress of TQM in U.S. hospitals: Findings from two studies. *Q Lett Healthcare Lead* 6:14.
- Sookaneknun P, Richards RM, Sanguansermisri J, et al. 2004. Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcomes. *Ann Pharmacother* 38:2023-8.
- URAC. 2007. Pharmacy Benefit Management; tersedia di www.urac.org/programs/pbm.aspx; diakses pada 26 Juni 2007.
- Van Bokhoven MA, Kok G, Vander Weijden T, 2003. Designing a quality improvement intervention: A systematic approach. *Qual Saf Health Care* 12:215.
- Vrijens B, Belmans A, Matthys K, et al. 2006. Effect of intervention through a pharmaceutical care program on patient adherence with prescribed once-daily atorvastatin. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 15:115-21.
- Von Bertalanffy L. 1968. *General Systems Theory: Foundations, Development, Application*. New York: George Braziller.
- Warholak-Juarez T, Rupp MT, Salazar TA, et al. 2000. Effect of patient information on the quality of pharmacists' drug use review decisions. *J Am Pharm Assoc* 40:500.
- Weeks WB, Mills PD, Dittus RS, et al. 2001. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Comm J Qual Improv* 27:243.
- Weinberger M, Murray MD, Marrero DG, et al. 2002. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: A randomized, controlled trial (see Comment). *JAMA* 288:1594-602.
- Weinstein MC, Fineberg HV. 1980. *Clinical Decision Analysis*. Philadelphia: Saunders.
- Wieland KA, Ewy GA, Wise M, 1998. Quality assessment and improvement in a university-based anticoagulation management service. *Pharm Pract Manag Q* 18:56.
- Zimmerman CR, Smolarek RT, Stevenson JG, 1997. Peer review and continuous quality improvement of pharmacists' clinical interventions. *Am J Health-Syst Pharm* 54:1722.

■ LAMPIRAN 7A. DAFTAR TILIK SIKLUS CQI

Latar Belakang Siklus
<u>Deskripsi fokus</u> <i>Harus menjelaskan kondisi praktik, bagian dari proses penggunaan obat yang menjadi fokus, dan data dasar (jika memungkinkan).</i>
<u>Pentingnya fokus</u> <i>Menjelaskan mengapa fokus penting.</i>
<u>Kajian literatur</u> <i>Menghubungkan antara fokus dan literatur.</i>
<u>Sasaran</u> <i>Sasaran umum dan sasaran khusus harus dinyatakan dengan jelas dan dihubungkan dengan fokus yang dijabarkan dalam latar belakang.</i>
Metode siklus
<u>Intervensi</u> <i>Menjelaskan dan menilai intervensi yang dilakukan (jika ada) terhadap siklus ini.</i>
<u>Pengukuran proses dan hasil</u> <i>Menjelaskan dan menilai proses dan hasil yang diukur (harus berhubungan dengan sasaran).</i>
<u>Prosedur pengumpulan data</u> <i>Metode pengukuran harus dijabarkan dengan jelas dan tepat.</i>
<u>Analisis data</u> <i>Analisis statistik yang terencana harus dijabarkan dengan jelas dan tepat.</i>
<i>Pengukuran siklus.</i>
<i>Hasil siklus.</i>
<u>Deskripsi sampel</u> <i>Jenis dan ukuran sampel harus dijabarkan dengan jelas</i>
<u>Hasil yang ditampilkan</u> <i>Hasil harus dilaporkan untuk tiap tujuan yang dinyatakan. Tampilan hasil harus berupa grafik dan/atau bagan.</i>
Kesimpulan dan Rekomendasi Siklus
<u>Kesimpulan</u> <i>Menjelaskan kesimpulan yang anda dapatkan setelah memeriksa data.</i>
<u>Implikasi</u> <i>Menjelaskan mengapa kesimpulan ini sangat penting dan tindakan apa yang akan dilakukan.</i>
<u>Rekomendasi</u> <i>Rekomendasi untuk siklus CQI tambahan dalam bidang ini.</i>

■ LAMPIRAN 7B. LEMBAR KERJA PERENCANAAN UNTUK Proyek PENELITIAN

Lembar Kerja Perencanaan Penelitian 1

Tanggal pertemuan:

Nama dan informasi kontak tiap anggota tim yang hadir:

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |

Pendahuluan

1. Sumbang saran tentang kemungkinan bidang yang diteliti (buat daftarnya di sini). _____

2. Urutkan dan pilih bidang fokus dari daftar di atas.

3. Berikan penjelasan terperinci tentang bidang yang dipilih untuk diteliti.

Bidang atau

Proyek: _____

Kondisi: _____

Bagian dari proses penggunaan obat yang terlibat: _____

Data dasar (jika

tersedia): _____

4. Jelaskan mengapa proyek yang diajukan penting.

5. Hubungkan proyek yang diajukan dengan literatur.

6. Jelaskan tujuan proyek secara menyeluruh [*Petunjuk:* Beberapa pilihan dapat mencakup (1) penemuan, (2) perkiraan frekuensi dan (3) pengukuran perubahan atau kombinasi.] *Catatan:* Tujuan harus berhubungan dengan proyek yang dinyatakan pada poin 3 di atas.

7. Jelaskan tujuan khusus proyek tersebut.

Metode

8. Buat daftar kemungkinan intervensi (beberapa pilihan mungkin meliputi pengurangan ketergantungan pada memori, penyederhanaan, standarisasi, menggunakan fungsi keterbatasan atau dorongan, penggunaan protokol daftar tilik, memperbaiki akses untuk mendapatkan informasi, mengurangi ketergantungan pada pengawasan, mengurangi tugas menggunakan tangan, pembedaan, atau otomatisasi).

9. Pilih intervensi terbaik untuk menyelesaikan tujuan (yang tercantum pada poin 7 di atas)

10. Buat daftar proses dan/atau ukuran hasil yang diperlukan untuk ditentukan jika tujuan telah terpenuhi.

11. Tentukan data apa yang telah dikumpulkan dan ukuran apa yang telah ada.

12. Rencanakan metode pengumpulan data [Petunjuk: Dapat dipilih dari (1) poin inspeksi, (2) kelompok fokus, (3) pemantauan terhadap penanda, (4) peninjauan bagan, (5) pengamatan, dan (6) laporan spontan.]

13. Rencanakan analisis statistik. Pastikan anda akan mengumpulkan semua informasi yang diperlukan.

14. Bagi proyek menjadi tahap-tahap dan pertimbangan praktis yang rinci.

Tahap	Siapa	Apa	Dimana	Kapan	Bagaimana

15. Buat sketsa kerangka waktu awal untuk proyek

Rentang waktu										
	Minggu									
Tahap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Buat daftar tantangan yang harus dihadapi sebelum pertemuan berikutnya.

17. Buat rincian tanggung jawab pihak yang menangani tiap-tiap tantangan yang tercantum di atas.

Tantangan	Orang yang Bertanggung Jawab	Tanggal Penugasan
1.		
2.		
3.		

18. Tentukan tanggal pertemuan tim berikutnya.

Lembar Kerja Perencanaan Penelitian 2

Tanggal pertemuan:

Nama dan informasi kontak tiap anggota tim yang hadir:

1. 2.
3. 4.
5. 6.

Pendahuluan/Revisi Metode

1. Kaji materi dari pertemuan sebelumnya.
2. Kaji progres yang telah dilakukan.
3. Indikasikan perubahan rencana, jika diperlukan.

4. Masukkan tahap-tahap tambahan dan pertimbangan praktis yang terperinci, jika diperlukan:

Tahap	Siapa	Apa	Dimana	Kapan	Bagaimana

5. Bahas tantangan yang telah diatasi selama periode laporan ini.

Tantangan	Bagaimana terselesaikannya	Pelajaran yang dapat diambil

6. Buat daftar tantangan yang harus ditangani sebelum pertemuan berikutnya.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

7. Buat rincian tanggung jawab pihak yang menangani masing-masing tantangan yang tercantum di atas.

Tantangan	Orang yang Bertanggung Jawab	Tanggal Penugasan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

8. Perbarui rentang waktu proyek.

Rentang waktu										
	Minggu									
Tahap	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Tentukan tanggal untuk pertemuan tim berikutnya. _____

Catatan: Lembar kerja ini dapat digunakan untuk beberapa kali pertemuan tim. Lanjutkan ke Lembar kerja 3 jika data telah terkumpul.

Lembar Kerja Perencanaan Penelitian 3

Tanggal pertemuan:

Nama dan informasi kontak tiap anggota tim yang hadir:

- | | |
|----|----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |

Pengukuran

1. Segera lakukan!

Hasil

2. Analisis data.
-
3. Jelaskan jenis dan ukuran sampel.

4. Jelaskan hasil untuk tiap tujuan spesifik.

Kesimpulan dan Rekomendasi

5. Jelaskan kesimpulan yang telah dicapai oleh kelompok tersebut setelah memeriksa hasil.

6. Mengapa hasil-hasil ini penting, dan tindakan apa yang perlu dilakukan?

7. Apa saja rekomendasi tim untuk proyek ini?

8. Apa saja rekomendasi tim untuk proyek selanjutnya?

BAGIAN 3

MENGELOLA PERSONEL

STRUKTUR DAN PERILAKU ORGANISASI

Caroline A. Gaither

Tentang Penulis: Dr. Gaither adalah seorang Associate Professor dan Director of Graduate Studies, Department of Clinical, Social and Administrative Sciences, College of Pharmacy, University of Michigan. Beliau mendapatkan gelar B.S. dalam bidang Farmasi dari University of Toledo dan gelar M.S. serta Ph.D. dalam bidang administrasi kefarmasian dari Purdue University. Minat beliau pada kegiatan pengajaran meliputi bidang ketenagakerjaan, profesionalisme, manajemen karir, sikap dan perilaku kerja, komunikasi interpersonal, serta etika pada pelayanan kesehatan. Minat beliau pada kegiatan penelitian meliputi pemahaman dan peningkatan kehidupan kerja dari farmasis, dengan fokus yang spesifik pada faktor-faktor di level individual (komitmen organisasi dan profesi, kepuasan kerja, tekanan kerja, konflik kepentingan, pergantian pegawai, serta pengaruh gender dan ras/etnis) dan faktor-faktor di level organisasional (budaya kerja dan pemberdayaan). Beliau juga menguji aspek-aspek psikososial pada proses penetapan keputusan oleh pasien dan sampai saat ini dilantik sebagai Fellow dari American Pharmacist Association.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendiskusikan area perilaku organisasional dan perkembangannya.
2. Mendeskripsikan komponen dasar bentuk-bentuk organisasi yang lama maupun yang terbaru.
3. Membandingkan dan memilah elemen-elemen yang berbeda pada struktur organisasi formal dan informal.
4. Mendiskusikan ketidakpaduan yang mendasar antara model struktur organisasional dan struktur profesional.
5. Mengidentifikasi pengaruh kepuasan kerja farmasis, komitmen organisasi, tekanan kerja, keinginan pindah kerja, dan identifikasi organisasi, serta bagaimana pengaruhnya terhadap perilaku dan kinerja organisasi.
6. Mendeskripsikan peran emosi dalam perilaku berorganisasi.
7. Mendeskripsikan perbedaan teori kepemimpinan dan aplikasinya dalam praktik kefarmasian.

■ SKENARIO

Joe Smart, seorang farmasis yang baru direkrut untuk magang. Dia baru saja menyelesaikan minggu pertamanya di apotek rawat jalan di State University Health System. Dia sebelumnya

pernah bekerja di sebuah apotek komunitas independen dan kini ingin mendapatkan pengalaman bekerja di rumah sakit sebelum lulus. Namun, sekarang dia tidak yakin lagi. Dia sangat senang melayani pelanggan yang datang ke Sam's Pharmacy, tetapi sering kali dia dan farmasis yang bekerja di sana terlalu sibuk melayani resep sehingga tidak memiliki waktu untuk mengerjakan hal yang lain. Minggu pertamanya di apotek rawat jalan juga sangat sibuk. Jumlah pegawai di apotek rawat jalan lebih banyak daripada di apotek milik Sam. Dia sering kewalahan dengan itu semua. Selama masa orientasi, Joe diberikan sebuah salinan mengenai kebijakan dan prosedur manual yang menerangkan misi sistem kesehatan dan skema organisasi apotek itu. Dia sangat terkesan dengan itu semua, tetapi ia juga tidak dapat membayangkan apa pentingnya mengetahui tentang bagian lain dari organisasi tempatnya magang. Dia akan menjadi seorang farmasis, dan satu-satunya hal yang ada di benaknya adalah hal-hal yang berkaitan dengan kefarmasian. Dia juga tidak dapat memahami mengapa staf apotek terlihat begitu tertekan. Di tempat kerja sebelumnya, Sam, pemilik apotek, akan selalu memperhatikan jika ada seorang pegawai yang merasa tertekan atau bersedih. Sam memiliki kebijakan "pintu terbuka" dan selalu siap untuk berdialog. Sekarang, Joe hanya sekali pernah bertemu dengan bosnya yang baru, yaitu direktur apotek rawat jalan. Pertemuan itu pun hanya pada masa awal orientasi. Para farmasis yang bekerja sama dengan Joe hanya menunjukkan tugas-tugas yang harus dia selesaikan, itu saja, tidak ada hal yang lainnya. Joe menjadi heran apakah ini yang ingin dia kerjakan di sebuah sistem kesehatan yang besar. Dia ingat di kelas manajemen, profesor pernah berbicara tentang bekerja pada sebuah organisasi yang besar, tetapi sayangnya dia tidak memperhatikan kuliah itu dengan saksama. Waktu itu, Joe berpikir bahwa tugas seorang manajer adalah menjamin bahwa segala sesuatu berjalan dengan baik sehingga dia tidak perlu memikirkan hal-hal yang tidak ada kaitannya dengan terapi obat yang diterima oleh pasien. Bagaimanapun, dia adalah orang yang baru di organisasi itu, mungkin perlu waktu bagi organisasi tempat bekerjanya sekarang untuk menjadi lebih baik. Sebenarnya, dia merasa segalanya bisa saja menjadi lebih baik, tetapi dia tidak tahu bagaimana caranya.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah perilaku organisasi dan bagaimana perkembangannya sejauh ini?
2. Mengapa farmasis perlu memahami bagaimana sebuah organisasi dapat berjalan?
3. Apakah beberapa terminologi dasar yang digunakan untuk mendeskripsikan pengertian dari organisasi?
4. Apakah struktur organisasi yang khas di kalangan pegawai farmasis? Bagaimana perbedaan struktur organisasi yang modern dengan tradisional?
5. Faktor-faktor apakah yang harus dipertimbangkan saat merancang struktur organisasi yang sesuai?
6. Bagaimanakah seorang tenaga profesional bekerja dalam ruang lingkup birokrasi?
7. Apakah sikap dan perilaku farmasis yang khas dalam berorganisasi?
8. Apakah perbedaan antara seorang pemimpin dan seorang manajer?
9. Bagaimanakah tipe kepemimpinan yang dibutuhkan oleh organisasi farmasi?

■ APAKAH PERILAKU ORGANISASI?

Sebuah *organisasi* dapat didefinisikan sebagai sekumpulan individu yang bekerja untuk mencapai tujuan tertentu. Organisasi dapat terdiri dari jumlah personel yang sangat sedikit (kurang dari 3) atau sangat besar (lebih dari 5000 personel). Personel yang dimaksud dapat terdiri dari staf (petugas lapangan administrasi, kasir, teknisi, farmasis, perawat, atau dokter), manajemen, dan pengelola (misalnya, pemilik, presiden, wakil presiden, manajer, direktur, atau supervisor). Baik staf maupun pengelola memiliki peran yang penting pada semua fungsi dalam suatu organisasi. Seorang farmasis tidak cukup hanya memahami aspek teknis dan profesional dalam pekerjaannya (misalnya, peracikan, pengawasan, dan konseling). Mereka juga harus memahami bagaimana organisasi tersebut menjalankan fungsi dan orang-orang di dalamnya dapat bekerja dengan baik. Inilah sesuatu yang harusnya Joe Smart cari tahu sendiri. Pendalaman prinsip tertentu dari perilaku organisasi akan menghasilkan wawasan yang baru pada area tersebut.

Perilaku organisasional adalah analisis sistematis dan ilmiah terhadap individu, grup, dan organisasi; tujuannya adalah untuk memahami, memprediksi, dan memengaruhi perilaku manusia untuk meningkatkan kinerja individual yang akhirnya akan memberikan dampak pada fungsi dan kesuksesan organisasi tempat mereka bekerja (Tosi, Rizzo, dan Carroll, 1994). Untuk menjadi efektif, manajer harus mampu memahami mengapa orang-orang di organisasi mereka berperilaku tertentu. Hal ini membuat mereka dapat mengambil langkah korektif jika permasalahan muncul. Manajer juga harus mampu memprediksikan bagaimana reaksi pegawai terhadap penerapan teknologi baru dan perubahan yang terjadi di tempat pemasaran (misalnya, penggunaan mesin robotik di departemen farmasi atau perubahan dari orientasi produk obat menjadi orientasi manusia). Organisasi mengusahakan kontrol atas pegawainya dengan cara pemberian imbalan dan sanksi demi tercapainya sasaran dan tujuan organisasi.

Perilaku organisasional melibatkan sejumlah disiplin ilmu perilaku yang berbeda. Psikologi, sosiologi, sosio-psikologi, antropologi, dan ilmu politik memberikan wawasan tentang bagaimana cara mengorganisasikan suatu pekerjaan (Robbins, 2005). Psikologi menjelaskan mengenai perilaku individu dan memfokuskan pembahasan pada beberapa aspek seperti motivasi, kepuasan kerja, pengukuran sikap, dan desain kerja. Sosiologi memberikan kontribusi dengan memberikan pemahaman bagaimana setiap individu menjalankan perannya pada suatu sistem yang lebih besar dalam struktur organisasi, norma-norma perilaku, dan birokrasi. Psikologi sosial memfokuskan pada pengaruh antar-individu dan membantu kita untuk memahami pola komunikasi, perubahan sikap, dan pemberdayaan kelompok. Antropologi memberikan pemahaman tentang lingkungan tempat organisasi itu berfungsi. Ilmu politik memberikan wawasan ke dalam politik organisasional dan struktur organisasional informal yang sangat berpengaruh terhadap fungsi suatu organisasi.

Pemahaman tentang fungsi organisasi bukan hal yang penting pada masa permulaan profesi farmasi. Seperti yang tertulis pada Bab 1, sebagian besar farmasis memulai sebagai siswa didik farmasis; dari farmasis tersebut mereka belajar tentang praktik kefarmasian dan kemudian menjadi praktisi yang memiliki tempat praktik sendiri dan melatih siswa didik yang lain. Seiring dengan perubahan peran farmasis, tempat dan metode pelatihan mereka pun berubah. Saat ini, seorang dokter dalam bidang farmasi harus menempuh pendidikan formal selama 6 tahun atau lebih. Tidak seperti waktu dulu, saat ini tempat kerja yang mempekerjakan farmasis adalah organisasi-organisasi yang besar. Organisasi-organisasi ini dapat berupa apotek jaringan (beberapa gerai apotek di bawah satu manajemen atau sahamnya dijual ke publik lewat bursa saham); sistem kesehatan terintegrasi yang melayani pasien rawat inap dan rawat jalan, klinik perawatan rawat jalan, dan operasional *managed-care* serta pesanan lewat surat; dan bahkan industri kefarmasian.

Profesi lain ternyata mengalami kecenderungan yang sama, yaitu status para praktisinya mengalami perubahan dari pemilik usaha menjadi pegawai. Tidak banyak lulusan sekolah medis atau hukum yang segera membuka praktik pribadi setelah mereka menyelesaikan pendidikannya (Stoeckle & Stanley, 1992; Williams et al., 2002). Banyak dokter yang digaji sebagai pekerja pada organisasi *managed-care*, sistem kesehatan terintegrasi, atau kelompok praktik. Kepemilikan pribadi atas sebuah apotek komunitas independen atau praktik dokter swasta masih menjadi pilihan pekerjaan untuk banyak orang, tetapi mereka harus siap untuk beroperasi dalam suatu lingkungan dengan kompleksitas yang meningkat. Pemahaman tentang bagaimana sebuah organisasi berfungsi akan meningkatkan kualitas pengalaman

kerja tenaga kesehatan dan menambah peluang mereka untuk mendapatkan karir profesional.

Mengapa pergeseran dari praktisi mandiri menjadi pegawai begitu penting? Pergeseran ini mungkin akan memunculkan konflik mengenai salah satu ciri keprofesional-otonomi. "Perbedaan mendasar antara sebuah profesi dan pekerjaan terletak pada legitimasi otonomi yang terorganisasi-sebuah profesi sangat jelas berbeda dengan pekerjaan dalam hal diberikannya kewenangan untuk mengontrol pekerjaan yang dilakukan. Profesi adalah otonomi yang disepakati dengan saksama meliputi hak eksklusif untuk menentukan siapa yang bisa mengerjakan dan bagaimana hal tersebut harus dilakukan" (Friedson, 1970, hlm. 73). Disebutkan bahwa kefarmasian dan kedokteran merupakan pekerjaan profesional, status seorang praktisi sebagai pegawai dapat menimbulkan konflik antara kepentingan profesi dan organisasi yang mempekerjakan. Pada banyak kasus, minat utama yang dimiliki oleh para profesional adalah yang terkait dengan pekerjaan mereka atau pasien dan tidak terhadap organisasi yang mempekerjakan mereka. Para praktisi ini juga sangat menginginkan agar paling tidak memiliki beberapa kontrol terhadap lingkungan kerjanya. Ketidakpuasan kerja dan stres akan timbul jika hasrat tersebut tidak terpenuhi (Williams et al., 2002). Bahkan sebagai seorang peserta magang, Joe Smart bertanya-tanya mengenai apa sebenarnya otonomi para farmasis di State University Health System. Frustrasi yang awal dihadapinya kemungkinan disebabkan kurangnya pengetahuan mengenai perbedaan operasional dan saluran komunikasi antara sebuah organisasi yang besar dengan organisasi yang lebih kecil.

Bab ini akan membantu Anda untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana organisasi dapat berfungsi dengan memberikan pendahuluan tentang prinsip perilaku organisasional dasar, mendeskripsikan struktur organisasi, mendiskusikan peran pegawai di dalam organisasi, mempelajari perilaku organisasional farmasis yang spesifik, dan menguraikan konsep kepemimpinan.

■ PRINSIP-PRINSIP ORGANISASIONAL

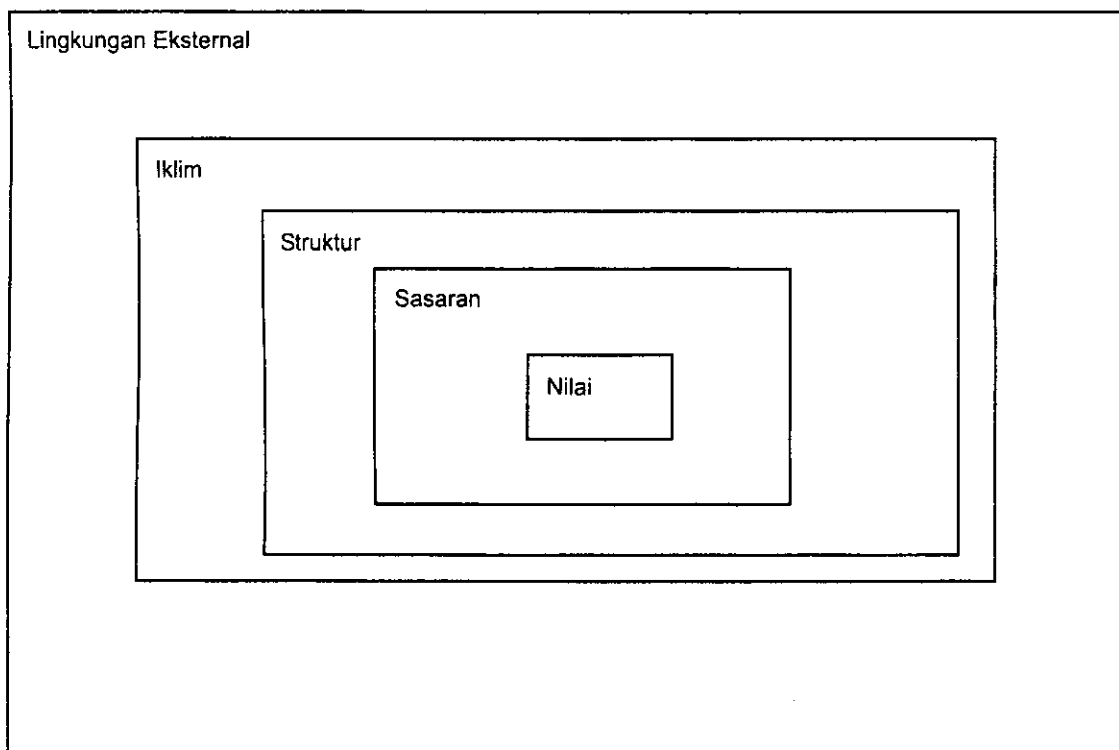
Bab 3 mendiskusikan tentang perencanaan strategis dan perkembangan misi serta sasaran dan tujuan organisasional. Untuk memahami suatu organisasi, dibutuhkan pengetahuan tentang tujuan atau alasan pendiriannya. Organisasi tidak dapat berfungsi pada keadaan terisolasi. Organisasi dibentuk untuk memenuhi kebutuhan di lingkungan eksternal. Seperti yang terlihat dalam Gambar 8-1, inti organisasi mana pun terletak pada nilai-nilai yang membentuk alasan keberadaannya, filosofi yang dianut, dan tujuan organisasi (Jones, 1981). Artikulasi nilai-nilai tersebut seringkali ditunjukkan sebagai sasaran organisasi. Beberapa organisasi

akan kehilangan arah jika sasaran yang ditetapkan tidak sejalan dengan nilai inti dari organisasi. Untuk mewujudkan sasaran tersebut, harus dibentuk struktur operasional organisasi. Secara khusus, struktur mencakup beberapa konsep seperti hubungan pelaporan, pola komunikasi, prosedur pengambilan keputusan, responsibilitas/akuntabilitas, norma, dan struktur imbalan.

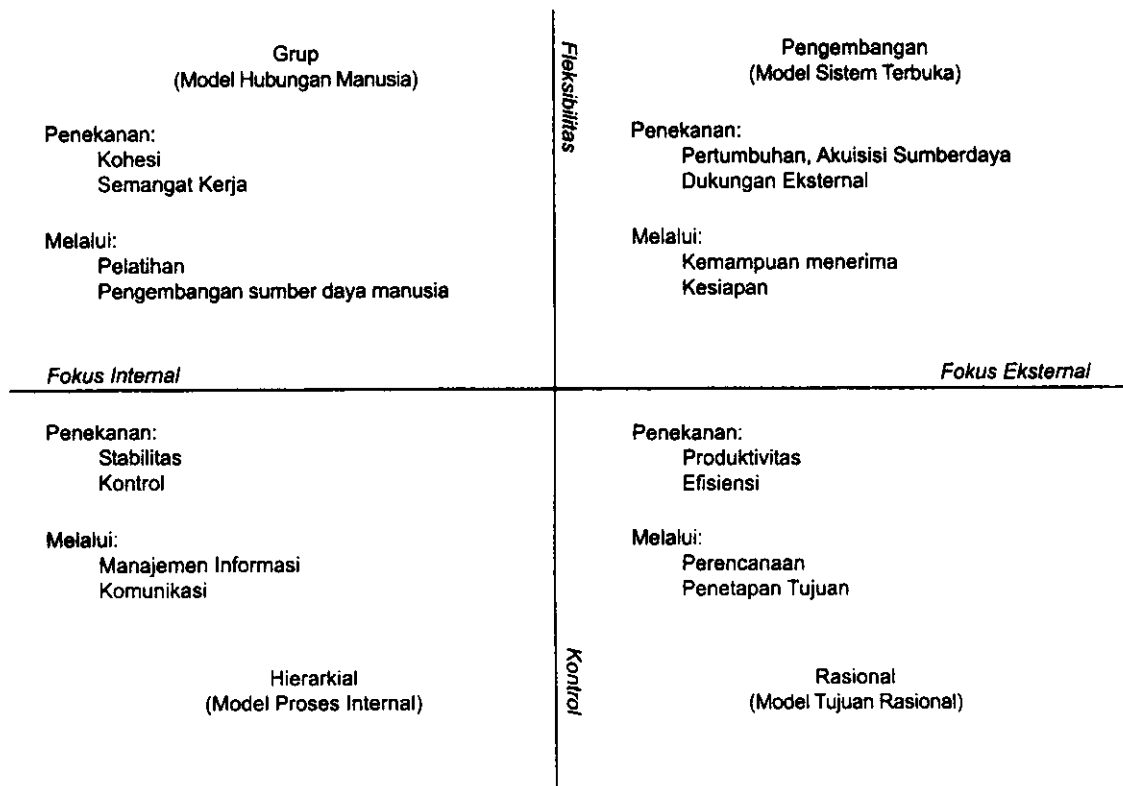
Struktur organisasi akan menghasilkan iklim atau atmosfer psikologis dalam suatu organisasi (Jones, 1981). Iklim organisasi terdiri dari beberapa faktor seperti tingkat kepercayaan, tingkat semangat kerja, dan pengalaman personel pendukung (Gibb, 1978). Iklim organisasional seringkali disalahartikan sebagai budaya organisasional (Schein, 1985). Budaya organisasional didefinisikan sebagai sistem tentang pemahaman bersama dari para anggota organisasi yang membedakan organisasi tersebut dari yang lain (Robbins, 2005). *Budaya* diartikan sebagai pemahaman dan kepercayaan mengenai bagaimana “segala sesuatu dilakukan di sini” (Schein, 1985). Saat budaya telah terbentuk, semua aktivitas dalam organisasi bertujuan untuk mempertahankannya dengan cara mengusahakan agar pegawainya mendapatkan

sejumlah pengalaman yang serupa (Harrison dan Carroll, 1991). Pelatihan metodis dan sangat spesifik yang diterima Joe Smart agak merefleksikan budaya organisasi tempatnya magang.

Iklim dipengaruhi oleh budaya organisasi. Karakter budaya yang kuat berupa nilai inti dari organisasi yang dipegang teguh dan diterima secara luas (Weiner, 1988). Sebaliknya, budaya yang lemah memiliki karakter sebaliknya—ketidakjelasan, ambiguitas, dan ketidakkonsistenan. Bila dibandingkan dengan budaya organisasi yang lemah, budaya yang kuat akan memberikan dampak yang lebih besar terhadap iklim organisasi karena tingkat pemanfaatan bersama dan intensitas yang tinggi akan membentuk iklim internal perilaku kontrol yang tinggi (Robbins, 2005). Permasalahan pada iklim organisasi dapat dilacak balik dari permasalahan pada struktur dan budaya organisasi. Apabila perbaikan iklim organisasi diperlukan, para manajer hanya perlu memonitor kepuasan kerja dan tingkat stres yang dialami para pegawai secara menyeluruh. Meskipun penting untuk melakukan itu, manajer juga harus menentukan apakah ada permasalahan yang terkait dengan pola komunikasi, struktur imbalan, dan prosedur pengambilan



Gambar 8.1. Organisasi.



Gambar 8-2. Kerangka Nilai Kompetensi (Diadopsi dari Quinn, 1988).

keputusan serta tetap fokus pada penyelesaian masalah di area tersebut. Apakah organisasi tetap mengikuti nilai-nilai yang dianutnya? Jika tidak, proses penyamaan persepsi antara pegawai dengan pihak manajemen akan menjadi kacau. Peran manajer sangat penting untuk menumbuhkan budaya yang memengaruhi interaksi antar pegawai dan hubungan dengan pasien (Fjortoft, 2006). Iklim yang tidak sehat akan menurunkan produktivitas pegawai dan akhirnya berdampak besar bagi keseluruhan efektifitas organisasi.

Organisasi berada dalam lingkungan yang fluktuatif. Hal yang biasa terjadi pada organisasi bidang perawatan kesehatan. Baik organisasi yang mempekerjakan baik tenaga profesional di bidang kesehatan maupun tenaga profesi itu sendiri harus fleksibel dalam menghadapi hal-hal yang tidak terduga (Jones, 1981). Pemimpin dan manajer organisasi tersebut harus menggali nilai-nilai inti organisasi secara berkesinambungan untuk melakukan determinasi jika nilai-nilai tersebut mengalami tantangan perubahan atau memerlukan perbaikan (Dye, 2000). Penilaian budaya organisasi

akan membantu dalam hal penentuan cara respons organisasi terhadap lingkungan internal maupun eksternal.

Penilaian Budaya Organisasi

Perangkat dengan rentang yang luas telah dikembangkan untuk menilai budaya organisasional, meliputi teknik observasi, wawancara informal, dan menghadiri pertemuan yang membahas tentang penggunaan secara seksama instrumen survei yang telah dikembangkan. Instrumen-instrumen tersebut didesain untuk mengukur dan membandingkan karakteristik utama budaya dari sebuah organisasi atau sejumlah organisasi yang berbeda (Scott et al., 2003). Salah satu contoh instrumen tersebut adalah Kerangka Nilai Kompetensi (Gbr. 8.2) yang dikembangkan oleh Quinn dan Rohrbaugh (1983; Quinn, 1988). Berdasarkan derajat fleksibilitas atau kontrol struktur organisasi serta fokus pada dinamika internal dan lingkungan eksternal maka diperoleh empat tipe budaya, yaitu hierarkial (yi., fokus internal, kontrol tinggi),

grup (yi., fokus internal, kontrol rendah), rasional (yi., fokus eksternal, kontrol tinggi), dan pengembangan (yi., fokus eksternal, kontrol rendah). Penekanan berlebih terhadap salah satu tipe budaya yang mana pun dapat menyebabkan organisasi tidak berfungsi (Quinn, 1988). Oleh karena itu, organisasi perlu mengambil beberapa elemen dari tiap-tiap budaya. Organisasi yang paling efektif adalah organisasi yang mengadopsi dimensi yang paling penting dan relevan dengan rujukan serta nilai-nilai organisasi (Cameron dan Freeman, 1991).

Untuk menentukan tipe budaya organisasi, para pegawai diberi instrumen yang berisi pernyataan-pernyataan singkat kemudian mereka diminta untuk menilai dalam skala 100 seberapa dekat organisasi mereka telah merefleksikan dimensi-dimensi tersebut. Walaupun instrumen ini memiliki sifat pengukuran yang baik, beberapa pihak mempertanyakan apakah keempat dimensi tersebut meliputi semua kompleksitas yang ada di berbagai struktur organisasi dan juga mereka berpendapat bahwa satu-satunya cara untuk memahami intrik dalam organisasi adalah dengan wawancara kualitatif (Scott et al., 2003). Bagaimanapun kerangka ini berguna untuk memahami berbagai komponen yang terdapat dalam struktur organisasi.

Struktur Organisasional

Para pakar bidang organisasi mengajukan teori bahwa struktur organisasi terdiri dari tiga aspek utama, yaitu diferensiasi (dikenal juga sebagai *kompleksitas*), formalisasi, dan sentralisasi (Robbins, 2005). *Diferensiasi* merupakan derajat perbedaan antar unit. *Formalisasi* merupakan derajat standarisasi pekerjaan dalam organisasi, dan *sentralisasi* menunjukkan derajat pengambilan keputusan terkonsentrasi pada satu titik tertentu di organisasi. Diferensiasi dapat terjadi baik secara horizontal, vertikal, ataupun spasial.

Diferensiasi Horizontal

Diferensiasi horizontal menjelaskan derajat diferensiasi berdasarkan jumlah tipe manusia atau unit yang berbeda terlibat dalam organisasi. Apakah semua pegawai dalam organisasi tersebut mendapatkan pelatihan dan pendidikan yang sama? Tentu saja hal ini tidak berlaku untuk kasus di lingkup apotek. Banyak organisasi apotek yang tidak hanya fokus pada penyediaan pelayanan kefarmasian, tetapi juga perdagangan barang yang tidak terkait kefarmasian. Jika semua personel memperoleh pelatihan yang sama, pengelolaan organisasi akan lebih mudah karena setiap orang akan memiliki orientasi yang serupa. Hal tersebut tidak berlaku di apotek sehingga koordinasi antara personel dari unit yang berbeda menjadi lebih sulit. Diferensiasi horizontal juga meliputi bentuk kepemilikan usaha bersama dari industri yang berkaitan.

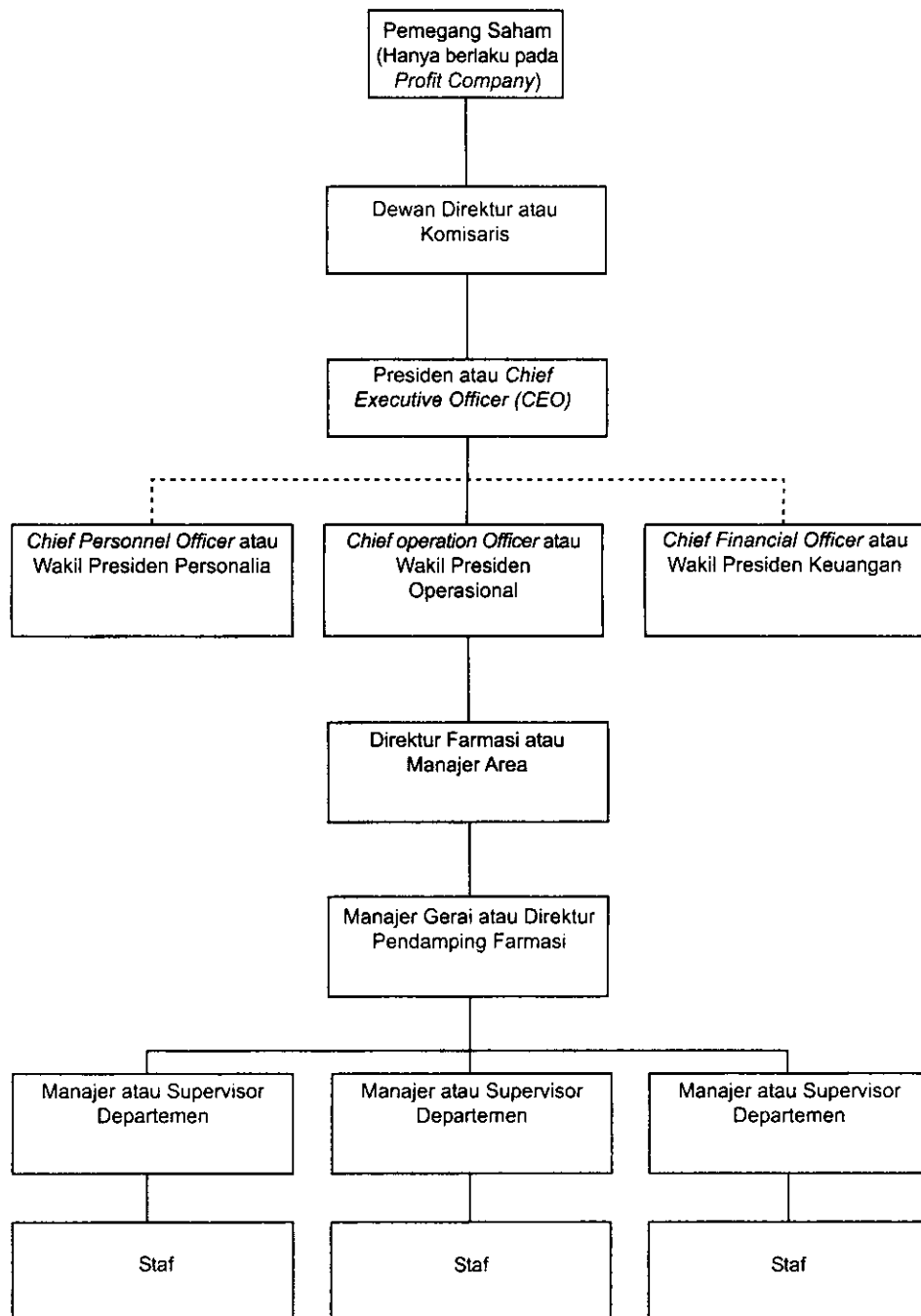
Sebuah sistem kesehatan bisa saja memiliki beberapa rumah sakit, fasilitas asuhan jangka panjang, dan bisnis *managed care* (Sahney, 1996).

Diferensiasi Vertikal

Diferensiasi vertikal menunjukkan kedalaman hierarki organisasional. Satu bagian utama dari sebuah organisasi adalah rantai komando atau jumlah level antara pemilik/presiden dengan staf dalam organisasi tersebut. Ciri khas diferensiasi vertikal ditunjukkan *bagan organisasional*.

Bagan organisasi melukiskan hubungan pelaporan dan hierarki kekuasaan di organisasi. Sebuah contoh bagan organisasi ditunjukkan pada gambar 8-3. Kekuasaan umumnya digambarkan bergerak dari atas ke bawah, dengan yang berada paling bawah adalah kekuasaan terendah. *Kekuasaan* adalah wewenang yang diberikan pada posisi tertentu dalam organisasi untuk memberikan perintah dan mengharuskan perintah tersebut dilaksanakan. Selain wewenang tersebut, posisi itu mempunyai tanggung jawab untuk memastikan bahwa pekerjaan yang diperintahkan dilakukan dengan sempurna. Garis tebal menunjukkan hubungan pelaporan secara langsung untuk semua tujuan organisasi (garis kuasa). Posisi garis-kuasa meliputi wakil presiden, direktur, manajer, supervisor, dan staf. Garis putus-putus menunjukkan posisi penasihat yang menambah atau menunjang posisi garis kuasa (staf kuasa). Contoh posisi staf kuasa meliputi kepala bagian personalia atau wakil presiden personalia, keuangan, hukum, perumahan, sistem informasi, dan sebagainya. Tingkat staf kuasa bervariasi tergantung ukuran organisasi. Semakin kecil ukuran organisasi maka jumlah posisi yang diperlukan untuk menunjang garis kekuasaan semakin kecil. Banyak apotek yang memulai dengan langkah ini. Satu orang (pemilik) bertanggungjawab terhadap beragam aktivitas. Seiring perkembangan dan perluasan apotek, pemilik menggaji orang lain untuk mengawasi area yang berbeda atau mengawasi fungsi gerai apotek. Jika pemilik mengembangkannya dengan menambah jumlah gerai di beberapa lokasi yang berbeda, jumlah personel yang dibutuhkan untuk menjalankan bisnis harian menjadi lebih besar.

Jika sebuah organisasi merupakan *profit company* (yakni porsi atau saham perusahaan dijual ke pasar modal), posisi paling atas pada organisasi ini adalah pemegang saham. Pada umumnya pemegang saham tidak perlu ikut dalam operasional harian organisasi tapi mereka sangat memperhatikan keuntungan perusahaan dan akan menjual saham mereka apabila pendapatan yang diperoleh tidak di atas rata-rata. Jika perusahaan adalah *non-profit organization*, level paling atas bukanlah pemegang saham tetapi dewan direktur atau komisaris yang mengawasi keseluruhan operasional organisasi tersebut. Kelompok ini juga tidak terlibat dalam operasional harian, tetapi akan mengadakan



Gambar 8-3. Bagan organisasi.

pertemuan secara berkala untuk meninjau atau membuat kebijakan penting terkait keseluruhan perusahaan. Level berikutnya adalah *chief executive officer* (CEO) atau presiden. Jika organisasi itu adalah apotek komunitas independen maka pemilik akan menempati posisi paling atas dalam skema organisasi. Berdasarkan ukuran perusahaannya, seorang *chief operations officer* (COO) atau pemilik apotek independen akan menjalankan operasional harian. Jika perusahaan berskala nasional atau internasional, *regional officer* bertanggung jawab terhadap operasional di area atau negara yang berbeda. Pada umumnya, level di bawahnya adalah direktur departemen atau manajer area. Departemen dalam sebuah sistem kesehatan meliputi keperawatan, obat-obatan, penjaminan mutu, *managed care*, perawatan jangka panjang, dan sebagainya. Setiap departemen tersebut memiliki manajer atau supervisor yang akan mengawasi para staf melaksanakan kewajiban hariannya. Contoh skema organisasi apotek secara spesifik ditampilkan pada Bab 33 dan 34.

Diferensiasi Spasial

Diferensiasi spasial adalah derajat yang bergantung pada lokasi unit organisasi apakah berada dalam satu tempat atau tersebar pada beberapa lokasi. Apotek komunitas independen mungkin hanya memiliki satu lokasi dan semua aktivitas operasionalnya dilakukan di tempat tersebut. Sistem kesehatan yang lebih besar atau apotek jaringan memiliki unit-unit yang tersebar di luar kota, negara bagian, atau wilayah dalam suatu negara. Diferensiasi spasial juga dapat terjadi jika departemen-departemen berada pada lokasi yang berbeda. Sebuah industri farmasi mungkin memiliki departemen riset dan pengembangan produk di satu kota atau negara bagian sedangkan divisi pemasaran dan penjualan di area lain dalam suatu negara atau dunia. Koordinasi antar unit merupakan hal yang sangat penting sejalan dengan munculnya diferensiasi spasial dalam organisasi. Diferensiasi spasial juga terkait dengan jumlah diferensiasi horizontal dan vertikal. Semakin kompleks sebuah organisasi, diferensiasi yang terjadi semakin meluas.

Formalisasi

Formalisasi meliputi adanya peraturan (tingkat yang menjadikan perilaku anggota organisasi sebagai subjek kontrol organisasi), spesifikasi prosedur (area yang mengharuskan anggota organisasi untuk mengikuti teknik-teknik yang telah ditetapkan organisasi ketika menghadapi situasi tertentu), kompetensi teknis (tingkat yang merupakan standar "universal" organisasi untuk digunakan dalam proses seleksi dan proses kemajuan), peniadaan emosi (tingkat yang menunjukkan baik anggota organisasi maupun pihak luar diperlakukan sama tanpa memperhatikan kualitas individu) (Hall, 1968). Jika sebuah pekerjaan diformalkan secara ketat, pegawai akan memiliki sedikit keleluasaan mengenai kapan

dan bagaimana suatu pekerjaan diselesaikan. Standardisasi berawal dari keyakinan yang dianut oleh para ahli dalam bidang perilaku organisasi terdahulu, yaitu: untuk membuat pekerjaan lebih efisien maka tingkat kesalahan harus dikurangi (Taylor, 1911). Satu cara mewujudkan hal tersebut adalah dengan melakukan standardisasi prosedur sehingga dapat mengurangi kesalahan dan akhirnya meningkatkan efisiensi. Seperti kita lihat pada Gambar 8-2, budaya organisasi yang hierarkial dan rasional akan memiliki derajat kontrol yang tinggi melalui formalisasi dan standarisasi prosedur.

Derajat formalisasi dapat sangat berbeda di dalam dan antar organisasi (Robbins, 2005). Bagan organisasi menggambarkan perbedaan posisi dan atau unit di dalam sebuah organisasi serta garis formal untuk kekuasaan dan pembuatan keputusan. Hal tersebut merupakan salah satu tipe formalisasi. Tipe yang lain terkait dengan kinerja. Beberapa apotek menyaratkan agar pegawainya melakukan absensi pada awal dan akhir *shift*, tetapi beberapa yang lain tidak memiliki aturan tersebut. Posisi yang penting dalam organisasi dapat memiliki beragam detail deskripsi kerja yang akan memberikan informasi kepada pegawai tentang hal-hal yang boleh dan tidak boleh mereka lakukan, sementara itu beberapa organisasi malah kurang formal dan tidak memiliki jabatan deskripsi kerja yang tertulis atau jika mereka memilikinya, deskripsi kerja menjadi samar-samar. Individu yang memiliki posisi lebih tinggi di organisasi akan memiliki deskripsi kerja yang kurang formal dibandingkan dengan orang-orang yang memiliki jabatan lebih rendah. Beberapa pekerjaan juga bisa cenderung untuk menjadi sangat atau kurang formal. Persyaratan hukum tentang pengadaan dan distribusi obat sangat formal, tetapi pelayanan individual yang disyaratkan dalam asuhan kefarmasian memberikan banyak keleluasaan bagi farmasis.

Sentralisasi

Sentralisasi menunjukkan sebuah keadaan yang menjadikan pembuatan keputusan terpusat pada satu titik tertentu di organisasi. *Pembuatan keputusan dan otoritas* dalam konteks ini menunjukkan hak yang dimiliki oleh orang tertentu dalam organisasi. Pada umumnya manajemen pada tingkat yang sangat tinggi membuat sebagian besar kebijakan di organisasi terpusat. Tren yang berkembang saat ini adalah desentralisasi pembuatan keputusan dan menurunkannya pada level manajemen yang lebih rendah atau bahkan level staf. Permasalahan pendekatan model ini akan meningkat ketika pegawai diminta bertanggungjawab untuk mencapai tujuan tanpa kewenangan membuat keputusan dan mengumpulkan sumber daya yang diperlukan. Budaya kelompok dan pengembangan organisasional memiliki struktur pembuatan keputusan yang lebih fleksibel.

Sentralisasi kadang kadang tertukar dengan diferensiasi spasial. Instalasi farmasi rumah sakit yang memiliki apotek

satelit di beberapa lokasi rumah sakit tersebut sering kali dianggap sebagai bentuk desentralisasi. Padahal ini hanya desentralisasi dari segi lokasi saja jika pembuatan keputusan terkait satelit bersangkutan masih terpusat di satu titik dalam organisasi. Prinsip struktur organisasi yang lain meliputi pembagian kerja, rentang kendali, kesatuan perintah, dan departementalisasi.

Pembagian kerja

Pembagian kerja membagi beban kerja menjadi bagian-bagian yang lebih spesifik. Hal tersebut terlihat di apotek ketika terdapat pembagian peran farmasis dalam hal peracikan obat dan klinis. Bahkan di dalam fungsi klinis, farmasis bisa terbagi lagi menjadi spesialis dalam bidang tertentu saja (misalnya, geriatri, pediatri, atau status penyakit). Hal tersebut seharusnya menghasilkan penggunaan tenaga keahlian khusus milik setiap personel yang lebih efisien. Konsekuensi negatif dari pembagian kerja adalah mempersempit kemampuan para profesional dan membuat pekerjaan menjadi semacam aktivitas rutin semata. Beberapa pihak memberikan gagasan bahwa dibandingkan mempersempit, memperluas cakupan kerja menjadi beberapa tugas akan lebih meningkatkan produktivitas dengan cara mempekerjakan pegawai yang memiliki banyak keahlian (Robbins, 2005). Hal tersebut dapat dilihat pada ruang lingkup sistem kesehatan, ketika farmasis melaksanakan fungsi lama sebagai staf pada waktu tertentu dan melaksanakan fungsi asuhan kepada pasien (klinis) pada waktu lainnya.

Kesatuan Perintah

Kesatuan perintah adalah konsep yang seseorang hanya melaporkan pada seorang supervisor penanggung jawabnya. Seiring dengan upaya desentralisasi organisasi farmasi, pegawai bisa jadi harus membuat laporan tugasnya kepada lebih dari satu orang. Konsep ini disebut dengan *organisasi matriks*. Organisasi matriks menyatukan aktivitas dari spesialis yang berbeda, sementara spesialisasi departemen organisasional tetap ada (Tosi, Rizzo, dan Carroll, 1994). Hal tersebut biasanya berbentuk tim yang terdiri dari beberapa spesialis berbeda dari lintas departemen untuk mengerjakan proyek tertentu. Struktur tipe ini akan bermanfaat dalam lingkungan yang selalu mengalami perubahan dan membutuhkan inovasi. Begitu juga bila proyek kerja tersebut itu merupakan norma organisasi, dan memerlukan kerja sama dari orang-orang yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda (La Monica, 1994).

Industri farmasi dan tim yang terdiri dari lintas-disiplin dalam sebuah sistem kesehatan (misalnya, perawat, dokter, farmasis, dan pegawai sosial) umumnya cocok dengan konsep organisasi matriks. Bentuk struktur ini akan memunculkan keberagaman ide dan solusi terbaik. Sayangnya terdapat sedikit bukti yang menunjukkan bahwa pegawai lebih suka membuat laporan kepada lebih dari satu supervisor dan

kerancuan tentang siapa yang harus bertanggung jawab terhadap apa yang akan terjadi (Tosi, Rizzo, dan Carroll, 1994).

Rentang kendali

Rentang kendali menunjukkan jumlah orang yang bisa dikontrol secara efektif oleh seorang manajer. Dalam apotek, kita dapat melihat banyaknya variasi tentang jumlah individu yang mampu disupervisi oleh seorang farmasis. Seorang farmasis dapat mengawasi satu atau lebih teknisi di apotek (di beberapa negara bagian, terdapat peraturan hukum tentang hal tersebut), atau farmasis dapat mengelola keseluruhan gerai, termasuk personel yang bukan dari latar belakang farmasi. Saat ini, ada tekanan untuk meningkatkan rentang kendali yang dimiliki oleh manajer karena adanya sejumlah kelemahan yang dimiliki oleh rentang kendali yang kecil: Rentang kendali yang kecil membutuhkan biaya lebih mahal karena adanya tambahan lapisan pada level manajemen, komunikasi vertikal yang sangat sulit yang disebabkan oleh lambatnya pembuatan keputusan, dan memperkecil otonomi pegawai karena pengawasan yang ketat oleh pihak manajemen. Selain itu, dirasakan juga bahwa pegawai yang telah berpengalaman tidak membutuhkan supervisi langsung terlalu sering (Robbins, 2005). Beberapa individu merasakan ketidaknyamanan bila ada seseorang yang selalu mengawasi mereka, tetapi yang lain mungkin lebih senang jika ada seseorang yang dapat merespons dengan cepat bila masalah muncul.

Departementalisasi

Departementalisasi menunjukkan adanya pengelompokan orang terkait tugas yang spesifik. Sebagai contoh, orang-orang yang bertanggung jawab pada pembelian, pendistribusian, dan pengelolaan produk obat dapat membentuk departemen tiap-tiap. Salah satu keuntungan memiliki departemen adalah setiap orang dalam suatu departemen dapat berbagi pengetahuan, pelatihan, dan keahlian. Hal tersebut dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas setiap unit. Dikarenakan peningkatan kompleksitas sistem kesehatan dan farmasi pada kondisi tertentu, beberapa organisasi membutuhkan anggota yang bekerja lintas departemen sehingga keanekaragaman ide dan keahlian diberikan pada tugas yang spesifik. Model pendekatan tim seperti ini bermanfaat untuk melengkapi fungsi departemen dan terciptanya komunikasi yang lebih baik antara area yang berbeda.

Pendekatan Terbaru Desain Organisasional

Ide bahwa struktur terbaik dari sebuah organisasi tergantung pada lingkungan tempat organisasi tersebut dijalankan disebut dengan *pendekatan kontingensi* terhadap desain organisasi (Greenburg dan Baron, 2003). Pendekatan ini, berdasarkan

kajian yang dilakukan Mintzberg (1983), ada lima bentuk organisasi: *Struktur sederhana* merupakan bentuk organisasi yang keseluruhannya dijalankan oleh satu orang. Apotek komunitas independen adalah contoh dari struktur ini. Tipe ini lebih fleksibel dan mampu merespons lingkungan dengan sangat cepat, tetapi juga sangat berisiko karena kesuksesan atau kegagalan bisnis tergantung pada satu atau dua orang. *Birokrasi mesin* adalah lingkungan formal yang sangat kompleks dengan garis otoritas yang jelas. Tipe ini sangat efisien dalam melakukan tugas yang telah terstandarisasi, tetapi mungkin kurang manusiawi dan membosankan bagi pegawai. Apotek jaringan atau apotek yang melayani permintaan lewat surat mungkin akan lebih menyukai tipe ini berdasarkan tingkat struktur dan formalitas yang ada di organisasi tersebut. Di pihak lain, *birokrasi profesional* adalah bentuk organisasi yang banyak pembuatan keputusan hariannya dilakukan oleh profesional yang mengerjakan hampir semua pekerjaan. Pada tipe struktur ini, ada banyak aturan dan ketentuan yang dapat menghambat kreatifitas. Contoh struktur tipe ini ditemukan di apotek di dalam sistem kesehatan. Hal positif dari struktur ini adalah para profesional dapat melakukan praktek profesi sesuai dengan kualifikasi yang mereka miliki. Dampak negatifnya adalah profesional ini kemungkinan akan menjadi sangat sempit cakupan tugasnya yang dapat mengarah pada terjadinya kesalahan dan kemungkinan konflik antar pegawai sebagai dampak karena tidak melihat "gambaran utuh" dari pekerjaan dalam organisasi. *Struktur divisional* adalah struktur yang terdiri dari satu set unit-unit otonom yang dikoordinasikan oleh pimpinan pusat. Pada desain ini, manajer divisi memiliki banyak kontrol yang membuat manajemen tingkat atas fokus pada "gambaran utuh" organisasi. Sisi negatif struktur ini adalah duplikasi usaha yang tinggi. Sebuah sekolah farmasi yang terstruktur dari berbagai bidang ilmu kefarmasian adalah contoh struktur ini. Struktur kelima disebut "adhocracy". "Adhocracy" merupakan bentuk organisasi yang bersifat sangat tidak formal. Struktur ini hanya menerapkan sangat sedikit formalisasi dan sentralisasi. Sebagian besar pekerjaan dilakukan oleh tim. Contoh struktur ini adalah departemen riset dan pengembangan di industri farmasi. Tipe desain ini mengembangkan inovasi tapi dapat menjadi sangat tidak efisien dan memiliki potensial terbesar bagi munculnya konflik yang mengganggu.

Salah satu bentuk struktur organisasi terbaru adalah *organisasi tanpa batas*. Pada tipe organisasi ini, rantai komando dihilangkan, rentang kendali tidak dibatasi, dan departemen digantikan oleh tim yang diberdayakan (Greenburg dan Baron, 2003). Tipe organisasi ini sangat fleksibel dan dapat memberikan respons yang sangat cepat terhadap lingkungan eksternal. Satu bentuk organisasi tanpa

batas adalah organisasi virtual. (Robbins, 2005). *Organisasi virtual* (juga disebut dengan *modular* atau *jejaring*) adalah organisasi yang memiliki orang-orang inti yang sangat sedikit dan banyak fungsi organisasi diserahkan pada pihak ketiga. Tipe organisasi ini tidak memiliki departemen, dan semua keputusan dibuat terpusat. Contoh satu aspek model ini di apotek ketika semua pengisian ulang resep dikirim ke lokasi pusat untuk dipenuhi kemudian dikembalikan kepada apotek komunitas untuk didistribusikan kepada pasien atau jika teknologi digunakan untuk melakukan verifikasi resep sedangkan farmasis ditempatkan di luar lokasi.

Struktur Organisasi Informal

Selain struktur organisasi formal, muncul pula struktur organisasi informal. Sistem informal memiliki pengaruh besar pada pembentukan perilaku individu. Struktur informal berpengaruh pada komunikasi dalam organisasi. Pola komunikasi formal terdapat dalam bentuk pertemuan, penulisan memo atau catatan dan laporan. Pola komunikasi informal ("kabar selentingan") bisa ditemukan pada rumor, gosip, dan spekulasi. Kabar selentingan dapat saja bernilai positif karena komunikasi formal dapat diterjemahkan ke dalam bahasa yang mudah dipahami oleh pegawai. Tambahan lagi, hal ini juga dapat memberikan umpan balik pada manajer untuk mengetahui tentang masalah yang belum terpecahkan. Ketika pegawai merasa frustrasi karena pembuatan keputusan yang terpusat dan tingkat masukan mereka terhadap pembuatan keputusan itu, pola komunikasi informal (kabar selentingan) dapat digunakan sebagai sumber informasi yang sangat berguna. Cara informal untuk memengaruhi pembuatan keputusan dapat muncul dalam bentuk aliansi dan kecenderungan kesukaan (*favoritism*).

Norma dan akuntabilitas organisasional dapat dipengaruhi oleh maksud informal berikut. *Norma* adalah aturan tingkah laku yang tersirat dan menentukan hal-hal seperti pakaian pegawai dan ketepatan waktu melapor untuk kerja. Norma informal dapat berkembang melalui sistem pengaruh-rekan kerja (y.i, jika sebagian besar farmasis tetap berada di tempat sampai semua resep diproses, kemudian seseorang yang tidak ada akan dianggap tidak ringan tangan oleh kelompoknya). Sistem *akuntabilitas* mempertimbangkan cara untuk mengukur pencapaian tujuan organisasi. Hal tersebut dipenuhi melalui tinjauan kinerja (lihat Bab 10).

Pemimpin dan manajer harus memonitor tindakan yang mereka lakukan kepada pegawai secara berkesinambungan untuk mengetahui masalah yang terjadi di dalam organisasi. Memahami serta mengelola, baik struktur organisasi formal maupun informal adalah sangat penting untuk menghasilkan fungsi yang efektif dan meningkatkan kinerja pegawai.

■ PROFESIONAL DALAM ORGANISASI BIROKRASI

Sesuai penjelasan sebelumnya, organisasi dapat dibedakan berdasarkan struktur model birokrasi (dicirikan dengan kontrol, jenjang otoritas, adanya aturan, dan peniadaan emosi). Sebagian besar farmasis adalah pegawai organisasi tersebut, mereka telah mendapat sosialisasi melalui pendidikan formal dan pembimbingan untuk menghargai keahlian, determinasi diri, dan perhatian terhadap pasien. Hal ini dapat diartikan sebagai *model profesional*. Aspek-aspek lain pada model ini meliputi pemanfaatan asosiasi profesi sebagai rujukan utama bagi sikap dan tingkah laku, panggilan jiwa (dedikasi yang diberikan terhadap pekerjaan, dan perasaan bahwa seorang praktisi harus melakukan pekerjaannya meskipun penghargaan nyata yang diperolehnya sangat kecil), dan otonomi (perasaan bahwa seorang praktisi harus mampu membuat keputusan tanpa tekanan eksternal dari klien, orang-orang di luar profesi, atau institusi yang mempekerjakannya) (Hall, 1968).

Beberapa tahun belakangan, sistem nilai profesional dari asuhan kesehatan telah ditantang oleh lonjakan biaya dan reformasi (Dye, 2000). Biaya adalah persoalan utama untuk apotek karena biaya obat-obat resep terus meningkat, dan pembayaran yang aman untuk pelayanan di luar peracikan obat (contoh: konseling pasien dan memonitor terapi obat) terus diperjuangkan. Organisasi pelayanan kesehatan telah merespon kebutuhan untuk berubah lewat satu cara, yaitu dengan lebih berpegang pada nilai-nilai sebuah korporat dan birokrasi. *Model korporat* menghargai kebutuhan kolektif para pelanggan (bukan pasien individual) baik untuk saat ini maupun di masa akan datang dan bekerja untuk menjamin kelangsungan institusi melalui pengukuran tanggung jawab fiskal dan efisiensi operasional (Stoeckle dan Stanley, 1992). Para profesional menghargai perhatian terhadap pasien individual dan kebutuhan kesehatan saat ini. Hal ini akan menghasilkan fokus pada perilaku membangun kepercayaan seperti menumbuhkan perhatian personal dan melatih kompetensi teknis. Para profesional merespons otoritas berdasarkan keahlian, mengingat otoritas organisasi terlihat pada posisi hierarkial. Kesetiaan profesional di luar organisasi (asosiasi profesional) dapat menimbulkan konflik dengan norma organisasi. Formalisasi dan standarisasi yang ada di organisasi dapat memadamkan inisiatif dan menurunkan kreativitas serta keberanian mengambil resiko. Ada beberapa aspek positif untuk model organisasional. Pembagian kerja dan kompetensi teknik yang dibuat sangat berkembang sepatutnya berkaitan dengan tingkat profesionalisme yang tinggi karena para profesional adalah ahli yang dipertimbangkan keberadaannya. Akuntabilitas dan tanggungjawab sangat penting untuk profesional, demikian juga untuk perusahaan.

Mahasiswa dan farmasis perlu mengartikulasikan sistem nilai mereka dan mencari institusi yang membebaskan mereka mengekspresikan sistem nilai tersebut. Penelitian menyebutkan bahwa pengalaman harian yang diperoleh farmasis di tempat kerjanya dapat memengaruhi bagaimana mereka memandang keseluruhan profesi kefarmasian (Gaither dan Mason, 1992). Perusahaan yang menunjukkan komitmen bagi idealisme profesi dan memiliki sistem manajemen yang menunjang, selain tujuan organisasional mereka sendiri, adalah perusahaan yang harus dipertimbangkan. Organisasi yang memperbolehkan pemenuhan harapan farmasis akan mendapatkan peningkatan komitmen dari farmasis untuk organisasi (komitmen organisasi) (Gaither, 1999). Komitmen profesi yang meningkat akan diikuti dengan peningkatan komitmen organisasi (Gaither 1998a; Gaither dan Mason, 1992; Gaither et al., 2008). Dukungan dari manajemen dan administrator memiliki hubungan positif dengan komitmen organisasional farmasis yang bekerja di industri farmasi (Kong, Wertheimer, dan McGhan, 1992). Supervisor mendukung peningkatan komitmen, baik untuk profesi maupun untuk perusahaan bagi farmasis yang bekerja di ruang lingkup komunitas atau rumah sakit (Kong, 1995). Farmasis yang meyakini bahwa pelaksanaan asuhan kefarmasian akan lebih memiliki efek positif terhadap kefarmasian maka mereka akan lebih berkomitmen kepada institusi tempat mereka bekerja dan karir kefarmasiannya.

Dapat disimpulkan bahwa respons farmasis terhadap kebutuhan organisasi dapat memberikan implikasi positif untuk nilai-nilai profesi mereka. Hal ini mementingkan peserta didik serta farmasis lainnya agar bekerja untuk dan bersama dengan organisasi yang memfasilitasi pemenuhan harapan mereka itu. Jika nilai-nilai organisasi tidak sejalan dengan nilai-nilai profesi kesehatan, perilaku negatif dari individual dan organisasional akan terjadi.

■ PERILAKU FARMASIS DALAM BERORGANISASI

Evaluasi sikap dan perilaku farmasis terkait kerja adalah sesuatu yang penting jika organisasi ingin meningkatkan aksi positif pegawai dan menurunkan atau meminimalisir aksi negatif mereka. Peningkatan angka ketidakhadiran, keterlambatan, dan perilaku yang menghambat produktivitas seperti tidak menyelesaikan kerja sesuai aturan waktu yang diberikan atau pencurian akan menurunkan produktivitas dan performa organisasi secara signifikan. Hal tersebut akan memberikan konsekuensi ekonomi berupa penurunan profitabilitas organisasi (Barnett dan Kimberlin, 1984). Rekan kerja yang tidak berbakat juga akan membuat lingkungan kerja menjadi tidak nyaman untuk pekerja yang lain. Setiap hari akan terasa lebih lama dan tertekan. Sikap organisasi negatif juga dapat memengaruhi asuhan pasien. Farmasis

yang tidak bahagia atau tidak puas mungkin akan kurang termotivasi untuk mempertahankan level keahlian dan pengetahuan saat ini. Ketidakpuasan kerja juga diketahui berkaitan dengan meningkatnya kejadian kesalahan pengobatan (Bond dan Raehl, 2001). Kesehatan mental dan fisik farmasis dapat menurun karena stres pekerjaan di lingkungan kerja yang tidak menarik dan mempunyai jam kerja yang berat (Kreling et al., 2006). Studi perilaku farmasis dalam berorganisasi difokuskan pada jenis-jenis sikap dan perilaku terkait pekerjaan. Hal yang paling sering adalah kepuasan kerja, komitmen organisasi, tekanan kerja, dan perpindahan kerja.

Kepuasan Kerja

Kepuasan kerja dapat didefinisikan sebagai suatu respons emosi (munculnya emosi yang menyenangkan atau positif yang dihasilkan dari penilaian kerja atau pengalaman pekerjaan seseorang) (Locke, 1976) atau sebagai perbandingan antara harapan dengan kenyataan pada dunia kerja yang diterima sebagai suatu kesatuan (Bacharach, Bamberger, dan Conley, 1991). Setiap individu membawa sejumlah harapan atas pekerjaannya. Penelitian dalam bidang farmasi mengusulkan bahwa indikator yang kuat untuk mengukur kepuasan kerja adalah: seberapa dekat pekerjaan tersebut memenuhi harapan, aktivitas kerja yang lebih bernilai klinis atau aktivitas kerja selain distribusi obat, tingkat otonomi yang lebih tinggi, kondisi lingkungan yang baik (misalnya, jadwal kerja yang lebih baik, penurunan beban kerja, dan tingkat stres yang kecil), komitmen profesional, dan bekerja di lingkungan apotek independen (Cox dan Fitzpatrick, 1999; Gaither, 1999; Gaither et al., 2008; Hardigan et al., 2001; Lerkibatundit, 2000; Mott et al., 2004; Olsen dan Lawson, 1996; Reuppell et al., 2003). Berusia lebih muda, laki-laki, berada dalam posisi staf, bekerja penuh waktu, tekanan peran yang tinggi (misalnya, ambiguitas peran, ketegangan peran (*role strain*), atau peran berlebihan), dan interaksi interpersonal yang negatif dengan rekan kerja, manajemen, atau pasien (Gaither et al., 2008; McHugh, 1999; Mott et al., 2004; Prince, Engle, dan Laird, 2003; Stewart dan Smith, 1987) adalah faktor-faktor yang terkait dengan kurangnya kepuasan kerja. Pada sebuah penelitian para dokter, penekanan organisasi pada kualitas pelayanan meningkatkan kepuasan kerja (Williams et al., 2002). Hal yang sama berlaku untuk farmasis. Peningkatan kepuasan kerja akan menghasilkan perasaan positif terhadap institusi yang mempekerjakan (komitmen organisasi) (Gaither et al., 2008).

Komitmen Organisasi

Komitmen organisasi didefinisikan baik sebagai sebuah ikatan emosi (komitmen organisasional yang afektif) (Allen dan Meyer, 1990) maupun sebagai penerimaan terhadap

tujuan dan nilai-nilai organisasi, melakukan upaya yang terus-menerus, serta keinginan untuk mempertahankan keanggotaan (Mowday, Steers, dan Porter, 1979). Komitmen organisasi sangat penting karena keterkaitannya dengan keinginan pindah kerja seorang farmasis (Gaither et al., 2008; Kahaleh dan Gaither, 2005). Komitmen organisasi ditingkatkan jika tenaga profesi kesehatan menerima kompensasi dan keuntungan yang sesuai (Gaither dan Mason, 1992; Gaither et al., 2008) serta memiliki akses pada informasi organisasional yang penting, sumber daya untuk melakukan pekerjaan, kesempatan untuk mengalami kemajuan dalam organisasi, dan dukungan organisasional (pemberdayaan struktural) (Kahaleh dan Gaither, 2005). Peningkatan ini akan benar-benar terjadi tanpa menghiraukan ruang lingkup praktik (Kahaleh dan Gaither, 2007). Pemberdayaan psikologi (misalnya, menemukan makna, merasa berkompeten, serta memiliki kebebasan dan pengaruh dalam pekerjaan) memengaruhi komitmen farmasis komunitas independen secara positif (Kahaleh dan Gaither, 2007). Kebutuhan akan pekerjaan yang tinggi (stres) dan interaksi interpersonal yang tidak menyenangkan menurunkan kecenderungan komitmen organisasi bagi farmasis di rumah sakit (Gaither dan Nadkarni, 2005).

Tekanan Pekerjaan

Tekanan peran dalam bentuk konflik, ambiguitas peran, peran berlebih, dan konflik antara urusan rumah dengan pekerjaan meningkatkan stres dalam pekerjaan. (Gaither, 1998b, Gaither et al., 2008). Ketidakpuasan kerja juga berkaitan dengan meningkatnya tekanan dalam pekerjaan (Wolfgang dan Wolfgang, 1992). Tekanan yang terus-menerus diabaikan akan menghasilkan fenomena yang dikenal sebagai *burnout*. *Burnout* diperkirakan berkembang melalui sebuah rangkaian yang meliputi beberapa tahap, dan jika dialami kapan pun, keadaan ini bisa berbalik. Lihat bab 13 untuk langkah mengelola tekanan dalam pekerjaan dan *burnout*.

Perpindahan kerja

Perpindahan kerja adalah satu di antara hal-hal yang paling diperhatikan dalam organisasi. Penurunan produktivitas karena pindah kerja yang terjadi secara sengaja adalah sesuatu yang menghabiskan biaya bagi sebuah organisasi karena pekerja yang kurang berpengalaman harus digunakan untuk menggantikan pekerja lebih berpengalaman yang sudah berhenti kerja. Iklan, rekrutmen, dan pelatihan pegawai baru untuk menggantikan seseorang yang keluar dari pekerjaan adalah sesuatu yang sangat mahal, tidak hanya dalam pengertian keuangan, tetapi juga dalam pengertian hilangnya produktivitas karena waktu yang dihabiskan untuk membuat agar pegawai baru memiliki kecepatan

kerja yang sama. Ketika kekurangan pegawai yang tersedia, menahan pegawai yang ada adalah hal penting. Data aktual menunjukkan, rata-rata perpindahan kerja farmasis telah diperkirakan antara 14-23% setiap tahun (Gaither, 1998a; Paavola, 1990; Stewart, Smith, dan Grussing, 1987). Dalam sebuah wawancara dengan farmasis apotek jaringan yang baru saja berhenti dari tempat kerjanya, alasan utama yang diberikan farmasis untuk keluar terkait dengan kondisi kerja seperti: jam kerja yang tidak fleksibel dan panjang, serta personel pendukung yang tidak memadai (Schulz dan Baldwin, 1990). Alasan lain untuk meninggalkan organisasi terkait dengan ketidakpuasan kerja, tekanan peran, serta faktor budaya dan iklim kerja (Gaither, 1998a; Gaither et al., 2007, 2008; Mort, 2000). Variabel pribadi seperti jumlah anak (banyak), ras (tidak putih), usia (lebih muda atau lebih tua), pendidikan (misalnya, memiliki tingkat pendidikan tinggi), dan mengalami peristiwa penting dalam hidupnya (contohnya, menikah, bercerai, atau kematian dalam keluarga) dapat juga menyebabkan keinginan pindah kerja (Gaither et al., 2007, 2008; McHugh, 1999). Kondisi pasar seperti jumlah pekerjaan yang tersedia memiliki peran penting karena hal ini mungkin akan membuat lebih mudah untuk berpindah dari satu pekerjaan ke pekerjaan yang lain.

Seperti *burnout*, perpindahan kerja dilihat sebagai proses yang diawali dengan pemikiran seorang pegawai untuk berhenti kerja, mencari alternatif pekerjaan lain, membulatkan tekad untuk keluar sampai menjadi benar-benar pindah kerja. Karena itu, hal ini bisa dicegah dalam tahap mana pun. Manajer mungkin tidak mampu untuk mengontrol semua faktor yang terkait pindah kerja (misalnya, peristiwa penting dalam hidup pegawai atau kondisi pasar), tetapi mereka harus meninjau cara agar organisasi dapat menumbuhkan komitmen, meningkatkan kepuasan kerja, dan menurunkan tekanan peranan. Langkah pertama untuk memulai semua itu adalah dari struktur organisasi. Penelusuran masalah di dalam banyaknya kemampuan pengambilan keputusan yang diberikan kepada farmasis, tugas/beban kerja yang diberikan, struktur imbalan, dan komunikasi antara manajemen dengan staf adalah langkah yang baik untuk menentukan area mana yang membutuhkan perbaikan. Faktor lain yang mungkin secara umum penting bagi tenaga kerja profesional seperti farmasis adalah identifikasi organisasional.

Identifikasi organisasional didefinisikan sebagai persepsi perorangan dengan atau kepemilikan terhadap kelompok/ organisasi (Ashfort dan Mael, 1989). Untuk mengidentifikasi dengan organisasi yang menyatakan secara tidak langsung bahwa pegawai melihat dirinya sendiri sebagai representasi organisasi dan merasa kesuksesan ataupun kegagalan organisasi adalah miliknya juga. Perbaikan identifikasi organisasi mungkin merupakan langkah yang sangat penting untuk membentuk perilaku organisasi tenaga profesional kesehatan karena pengaruh dari luar (misalnya, asosiasi profesi, rekan sejawat,

atau pasien) penting dalam pembentukan dan pemeliharaan perilaku profesi (Dukerich, Golden, dan Shortell, 2002).

Semakin kuat pegawai mengidentifikasi dirinya dengan organisasi, semakin besar kemungkinan mereka terikat dengan perilaku anggota organisasi (mis., kesopanan, ketelitian, sportivitas, kebaikan masyarakat, mengutamakan kepentingan orang lain.) (Konovsky dan Pugh, 1994). Perilaku-perilaku tersebut ada, tetapi sering kali tidak dipertimbangkan dalam struktur normal pemberian imbalan dalam organisasi. Studi terbaru mengenai farmasis komunitas menemukan bahwa partisipasi dalam aktivitas asuhan kefarmasian memiliki hubungan dengan identifikasi organisasi yang lebih besar (O'Neill dan Geither, 2007). Level identifikasi organisasi yang lebih tinggi dihubungkan dengan rendahnya keinginan pindah kerja. Selain itu, cara yang pegawai percayai bagaimana organisasi dilihat oleh orang luar ternyata memiliki dampak langsung terhadap identifikasi organisasi dan keinginan pindah kerja; semakin positif reputasi organisasi, semakin besar identifikasi organisasi. Joe Smart mungkin dapat bertanya pada beberapa orang pasien, dokter, dan perawat yang datang ke apotek rawat jalan tentang bagaimana mereka melihat apotek tersebut dan pelayanan yang diberikannya. Jika "orang-orang luar" ini mempunyai pandangan negatif tentang apotek tersebut, mungkin akan menambah atmosfer ketegangan dalam apotek. Hal ini membawa kita menuju area perilaku farmasis dalam organisasi yang mulai muncul tentang, yaitu: emosi.

Emosi

Emosi adalah perasaan kuat yang dikirimkan pada seseorang atau sesuatu (Greenburg dan Baron, 2003). Emosi kadang rancu dengan dengan suasana hati, yaitu emosi yang terasa menyebar, tetapi tidak dikirimkan pada orang ataupun objek tertentu (Fiske dan Taylor, 1991). Suasana hati telah dinyatakan terkait dengan perilaku menarik diri seperti kebiasaan membolos dan pindah kerja (Pelled, Eisenhardt, dan Xin, 1999). Organisasi pelayanan kesehatan meletakkan lebih banyak tuntutan emosi pada pegawai dan pasien dibandingkan organisasi lainnya. Hanya sedikit yang diketahui tentang apa saja bentuk tuntutan tersebut dan strategi apa yang digunakan untuk mengelola emosi mereka (Ovretveit, 2001). Sebuah studi di farmasi menemukan bahwa ekspresi emosi seperti marah, sikap defensif, atau perasaan muak terkait dengan ketidakpuasan kerja dan depresi, sedangkan ekspresi dari kemarahan dan kekecewaan terkait dengan kelelahan emosi yang merupakan komponen utama dari *burnout* (Abunassar dan Gaither, 2000).

Tuntutan pelayanan kesehatan memerlukan baik supresi maupun ekspresi emosi dan keahlian untuk mengetahui serta mengelola perasaan dengan tepat (Ovretveit, 2001). Aturan tentang emosi di tempat kerja dikenal dengan *kerja*

emosi (emotional labor) dan sangat penting bagi tenaga profesional kesehatan. Kerja emosi didefinisikan sebagai proses mengekspresikan hasrat emosi yang berkaitan dengan organisasi selama transaksi pelayanan (Hochschild, 1983). Perbedaan antara emosi yang diekspresikan seseorang dan sesuatu yang dirasakannya dapat menjadi dasar kelelahan emosi.

Seseorang yang memiliki kemampuan untuk mengambil sudut pandang orang lain atau mengetahui apa yang dirasakan orang lain (perhatian empati) atau seseorang yang secara umum mengekspresikan atau merasakan emosi positif (pengaruh positif) akan memiliki kebutuhan yang lebih rendah untuk mengeluarkan kerja emosi (Zammuner dan Galli, 2005). Disebutkan juga bahwa seseorang yang memiliki kematangan emosi (atau memiliki kecerdasan emosi lebih tinggi) akan mengalami kepuasan kerja lebih baik daripada yang tidak. Farmasis dalam skenario apotek rawat jalan mungkin akan mengeluarkan kerja emosi yang tinggi. Direktur apotek mungkin ingin melakukan pelatihan untuk meningkatkan perilaku empati pegawai yang mungkin juga dapat menurunkan emosi kerja mereka dan meningkatkan kecerdasan emosi. Konsep kecerdasan emosi juga terkait dengan pengaruh penting lain pada perilaku organisasi pegawai: kemampuan memimpin mereka yang berada di posisi manajemen atau administratif.

■ PERILAKU KEPEMIMPINAN

Di era peningkatan pembentukan korporat asuhan kesehatan, penjaminan kesejahteraan pasien menyaratkan profesi kesehatan untuk berpartisipasi dalam penyusunan skema kerja pemberian pelayanan yang optimal (Stoeckle dan Stanley, 1992). Seharusnya dalam waktu dekat seorang farmasis tidak lagi berkata, "Saya bukanlah manajer dan pengelola. Jadi saya tidak memiliki peran dalam menentukan bagaimana apotek tersusun atau terorganisasi." Tanpa kepemimpinan yang sangat kompeten dan agresif, keberadaan asuhan kefarmasian dan peran baru lainnya yang dilakukan oleh profesi farmasi akan dapat diambil alih oleh profesi kesehatan yang lain, badan usaha, atau teknologi (O'Neil, 2002). Hal ini akan membutuhkan pengembangan kemampuan kepemimpinan semua farmasis.

Manajemen versus Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan sebagai upaya untuk menggerakkan sebuah kelompok menuju visi atau cita-cita tertentu. Kepemimpinan memperhatikan perubahan dan motivasi pegawai untuk bergerak menuju visi bersama. *Manajemen*, di sisi lain, memperhatikan pengelolaan kompleksitas yang ada untuk menjalankan sebuah organisasi (misalnya, perencanaan, pengawasan, evaluasi, dan analisis keuangan)

(Kotter 1990). Menurut pembedaan ini, seorang manajer atau pengelola tidak perlu menjadi seorang pemimpin. Manajer mungkin lebih memperhatikan pelaksanaan fungsi organisasi harian dan memberikan hanya sedikit sumbangsih pemikiran terhadap tujuan organisasi secara menyeluruh serta bagaimana departemen/apotek sesuai dengan keseluruhan skema organisasi. Selain itu, manajer tidak perlu memberikan banyak pemikiran untuk masa depan organisasi dan pengembangan visi bersama dengan pegawai ke arah mana seharusnya organisasi tersebut bergerak. Seorang manajer yang baik seharusnya juga menjadi pemimpin karena satu kebutuhan untuk memperhatikan situasi saat ini tetapi juga tetap memiliki pandangan ke depan. Masa depan tidak hanya meliputi tugas dan aktivitas yang terikat dengan organisasi, tetapi juga pengembangan motivasi dan kepemimpinan staf di masa mendatang. Motivasi dan energi ini penting untuk memfasilitasi perubahan apotek dari sekedar pengadaan obat dan penyerahan menjadi penyedia asuhan kefarmasian.

■ TEORI KEPEMIMPINAN

Teori Sifat

Sebagian besar penelitian awal tentang kepemimpinan fokus pada identifikasi sifat-sifat kepribadian yang membedakan antara pemimpin dengan yang bukan. Kecerdasan, kepercayaan diri, level energi yang tinggi, dan pengetahuan teknik tentang tugas yang diperoleh memiliki kaitan yang positif dengan kemampuan kepemimpinan (Robbins, 2005). Permasalahan dalam penelusuran sifat pemimpin adalah hal tersebut secara tidak langsung menyatakan bahwa pemimpin dilahirkan bukan dibuat. Seseorang tanpa sifat-sifat tersebut tidak akan pernah menjadi seorang pemimpin. Hal ini juga mengabaikan pengaruh dan keinginan pegawai untuk berusaha menjadi pemimpin. Teori sifat ini lebih fokus membahas tentang pemimpin dan sedikit mengenai pengikut. Temuan penelitian pada area ini menunjukkan ketidakkonsistenan. Beberapa studi menemukan bahwa sebuah sifat terkait dengan kemampuan kepemimpinan, sedangkan studi yang lain menemukan bahwa ternyata hal tersebut tidak berhubungan (Stodgill, 1948; Yukl, 1989).

Penelitian saat ini mengemukakan bahwa sifat membuat sebuah perbedaan ketika dikelompokkan dalam lima karakteristik dasar manusia (Judge et al., 2002): *extroversion*—tingkat kenyamanan seseorang dengan sebuah hubungan; *agreeableness*—kecenderungan seseorang untuk tunduk dengan lainnya; *conscientiousness*—seberapa besar seseorang dapat diandalkan; *stability*—kemampuan seseorang untuk tidak terpengaruh tekanan; dan *openness to experience*—rentang ketertarikan dan kekaguman seseorang terhadap hal-hal yang baru (Robbins, 2005). Energi yang besar dan kepercayaan diri dapat dikelompokkan di bawah *extroversion* dan

kestabilan emosi. Kekurangan lain dari pendekatan sifat adalah pendekatan ini hanya dapat memperkirakan siapa yang mungkin muncul sebagai pemimpin daripada menentukan apa saja hal yang membentuk kepemimpinan efektif. Hal ini membuat para peneliti sekarang mengambil pendekatan perilaku kepemimpinan dan fokus pada gaya perilaku pilihan yang ditunjukkan oleh pemimpin yang baik.

Teori Perilaku

Peneliti telah mengamati tiga gaya kepemimpinan yang sangat mendasar: *autocratic*, *democratic*, dan *laissez-faire*. Pemimpin *autocratic* membuat semua keputusan dan tidak atau memberi sedikit kesempatan bagi pegawai untuk memberikan masukan. Pemimpin *democratic* berkonsultasi dengan bawahannya dan mempersilahkan mereka memberi beberapa masukan dalam proses pembuatan keputusan. Pemimpin *laissez-faire* memberikan otonomi sepenuhnya bagi pegawai. Dalam pendekatan semacam ini, pegawai menentukan sendiri tujuan mereka dan bekerja untuk mencapainya tanpa arahan dari manajemen. Sebagai contoh, bila seorang manajer apotek ingin mengimplementasikan program manajemen penyakit di apotek. Pemimpin *autocratic* hanya akan menginformasikan perubahan pendekatan kepada pegawai kemudian menetapkan tugas yang diperlukan untuk mengimplementasikan program tersebut. Seorang pemimpin *democratic* akan memperkenalkan ide perubahan metode itu kepada pegawai dan meminta masukan mereka tentang kesesuaian ide dan mempertimbangkan masukan mereka dalam hal implementasi program. Pemimpin *laissez-faire* tidak akan menyebutkan ide sampai para pegawai sendiri yang mendatangi dia dan bertanya mengenai hal tersebut. Pemimpin kemudian akan mempersilahkan para pegawai mengembangkan keseluruhan program dan mengimplementasikan rencana tersebut. Ditemukan bahwa ketiga gaya perilaku kepemimpinan bisa jadi sesuai bergantung pada situasi yang dihadapi (La Monica, 1994). Penemuan ini mendorong peneliti untuk mulai mempelajari komponen perilaku kepemimpinan dan determinasi perilaku yang tepat untuk situasi spesifik.

Teori Situasional atau Berbasis-Kemungkinan

Teori kepemimpinan ini berdasarkan pada tiga dimensi dasar: orientasi tugas, orientasi hubungan, dan kesiapan pengikut (Hersey dan Blanchard, 1998). *Orientasi tugas* mengacu tingkat yang seorang pemimpin menggunakan komunikasi satu arah dengan menetapkan peran individu dan anggota grup lewat cara menjelaskan (secara lisan atau mempertunjukkan atau keduanya) apa yang dilakukan tiap bawahan, kapan, di mana, berapa banyak, dan kapan tugas spesifik akan diselesaikan. Dimensi ini juga meliputi tingkat yang pemimpinnya

mendefinisikan struktur organisasi (misalnya, rantai komando, saluran komunikasi, dll.) dan cara spesifik menyelesaikan pekerjaan tertentu. *Orientasi hubungan* mengacu pada seorang tingkat yang pemimpin menggunakan komunikasi dua arah, memberikan dukungan sosioemosional, dan menggunakan usaha fasilitatif versus direktif yang membawa pada perubahan kelompok. Komponen ini menyatakan pembentukan hubungan interpersonal yang efektif antara pemimpin dan grup berdasarkan kepercayaan. Komponen ketiga terdiri dari *kesiapan pengikut* atau *kedewasaan*. Dalam kasus ini, kedewasaan terkait dengan kesiapan kelompok atau individu atau kemampuan menerima tanggung jawab untuk sebuah tugas dan kepemilikan pelatihan yang dibutuhkan atau pengalaman yang dibutuhkan dalam melakukan tugas. Seperti pada contoh sebelumnya, suatu kelompok farmasis mungkin sangat menginginkan untuk mengembangkan program manajemen penyakit, tetapi kurang berpengalaman dalam menerapkan program sejenis.

Tiap dimensi ini dapat dilokasikan pada suatu rangkaian kesatuan yang terbagi dalam empat kuadran (Waller, Smith, dan Warnock, 1989). Gbr. 8-4 mengilustrasikan kuadran ini.

1. *Tugas yang tinggi/hubungan yang rendah*. Pemimpin memutuskan peran dan tujuan dari suatu kelompok serta mengawasi tugas dengan ketat. Komunikasi satu arah dan biasanya mengalir dari pemimpin ke pengikutnya. Gaya ini disebut juga memberitahu (*telling*), hal ini paling tepat saat pengikut tidak mampu/tidak ingin atau merasa tidak aman (R1).
2. *Tugas yang tinggi/hubungan yang tinggi*. Pemimpin masih mengawasi tugas dengan ketat tapi akan menjelaskan pula mengapa sebuah keputusan dibuat. Pemimpin dapat merubah rencana setelah melihat reaksi pengikutnya. Gaya ini disebut juga menjual (*selling*), hal ini paling tepat saat pengikut tidak mampu tapi lebih bersedia atau aman (R2).
3. *Hubungan yang tinggi/tugas yang rendah*. Dalam kasus ini pemimpin lebih memperhatikan mengenai proses dan bagaimana kelompok bekerjasama untuk menyelesaikan tugas daripada tugas itu sendiri. Gaya ini disebut juga partisipatif atau suportif. Pemimpin tetap menjelaskan suatu masalah, tetapi mendukung usaha kelompok dalam menyelesaikan tugas. Pengikut pada kasus ini mampu namun tidak rela atau tidak aman (R3).
4. *Tugas yang rendah/hubungan yang rendah*. Pemimpin mengambil alih semua keputusan dan tanggung jawab dari pengikut dalam hal penyelesaian tugas, pencapaian tujuan, dan implementasi. Pemimpin menyediakan konsultasi, tetapi biasanya menjaga kerendahan hati. Pada kasus ini disebut juga delegasi, pengikut sangat mampu, rela, dan aman (R4).

Merupakan pekerjaan pemimpin untuk menentukan kesiapan kelompok dan menggunakan gaya kepemimpinan yang tepat pada situasi tertentu.

Sebuah komponen terakhir dari model ini adalah *efektivitas pemimpin* (La Monica, 1994). Seorang pemimpin dapat memengaruhi kesuksesan atau kegagalan suatu individu atau kelompok. Ketika perilaku pemimpin gagal dalam memengaruhi suatu individu atau kelompok untuk memperoleh hasil yang spesifik, pemimpin harus mengevaluasi kembali apa yang terjadi dan merancang ulang strategi untuk mencapai tujuan tersebut. Bahkan ketika tujuan telah tercapai, pengaruh seorang pemimpin masih dapat bervariasi dari rentang sangat efektif sampai tidak efektif bergantung pada bagaimana perasaan para pengikut terhadap perilaku pemimpinnya. Jika seorang pemimpin mengetahui kekuatan personal dari pengikutnya serta menentukan tujuan dan tugas bersama mereka, hal ini dapat membuat pencapaian tujuan yang sangat menguntungkan untuk pengikut. Dengan kata lain, jika pengikut merasa dipaksa untuk menyelesaikan tugas oleh pemimpin yang menggunakan kekuatan posisi, pengawasan yang ketat, imbalan, dan hukuman, pengikut mungkin akan sangat tidak senang dan berperasaan negatif terhadap pemimpinnya. Efektivitas kepemimpinan sangat penting karena kepemimpinan yang efektif akan mendorong pengikutnya termotivasi dan berorientasi pada tujuan bahkan saat pemimpinnya tidak ada di tempat. Kepemimpinan yang tidak efektif akan mendorong pengikut sering santai menyelesaikan tugas saat pemimpinnya tidak ada.

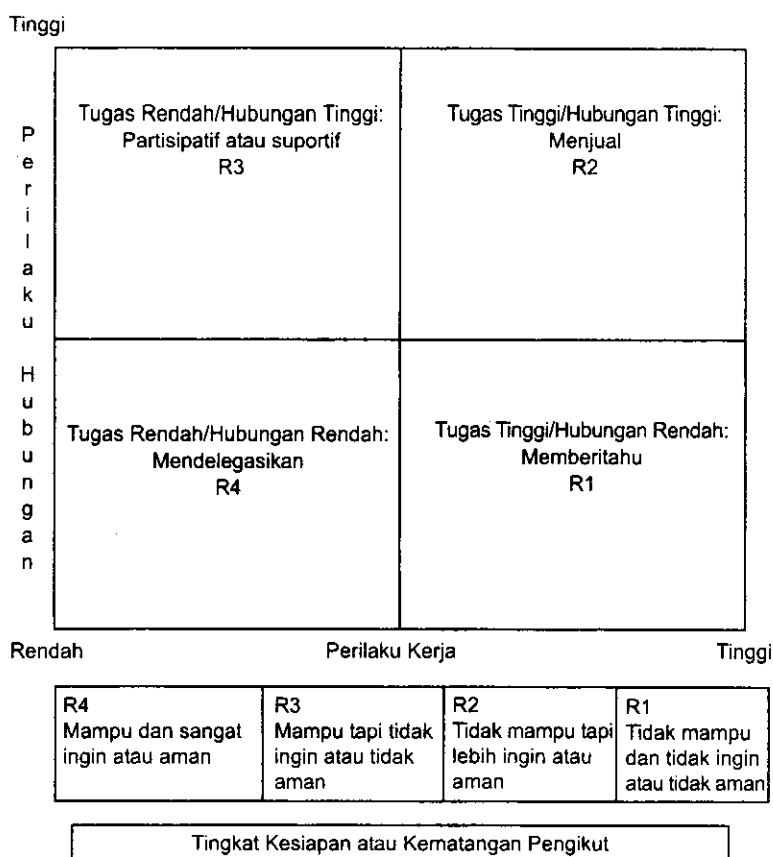
Sebuah studi tentang farmasis yang bekerja dalam komunitas atau asosiasi farmasi pusat dan nasional menemukan bahwa gaya kepemimpinan yang paling sering digunakan adalah menjual (*selling*) (tugas yang tinggi/hubungan yang tinggi) dan yang selanjutnya sering digunakan adalah partisipasi (tugas yang rendah/hubungan yang tinggi) (Ibrahim dan Wertherimer, 1998; Ibrahim et al., 1997). Sekitar 26% farmasis tidak memiliki gaya yang dominan. Tidak aneh, kebanyakan kemampuan farmasis memiliki skor dari rendah (komunitas farmasi) hingga sedang (eksekutif asosiasi) dalam hal kemampuan mengadaptasi gaya kepemimpinan mereka sesuai dengan kebutuhan bawahan mereka (efektivitas kepemimpinan). Hasil ini menyatakan bahwa meskipun farmasis memiliki gaya kepemimpinan yang dominan, terdapat juga ruang untuk memperbaiki diri dalam hal belajar merespons dan memodifikasi gaya kepemimpinan mereka sesuai dengan tingkat kebutuhan dan motivasi staf mereka.

Teori Pertukaran Pemimpin-Anggota

Teori lain yang berhubungan dengan hubungan pemimpin-pengikut adalah teori pertukaran pemimpin-anggota (*Leader-Member Exchange, LMX*) (Green dan Uhl Bien, 1995). Teori ini menyatakan bahwa pemimpin membangun hubungan khusus dengan sebuah kelompok kecil pengikut di awal masa jabatannya. Individu dalam kelompok itu menjadi kelompok-dalam (*in-group*) dari pemimpin, sementara orang lain dianggap kelompok-luar (*out-group*). Tidak jelas bagaimana hubungan ini terbentuk, namun sering terjadi karena kebanyakan dari pengikut memiliki karakteristik personal yang mirip dengan pemimpin atau kemampuan luar biasa untuk melaksanakan pekerjaan. Anggota kelompok-dalam mendapatkan perhatian khusus dari pemimpinnya dan cenderung memiliki kepuasan kerja yang tinggi dan intensitas pindah kerja yang rendah daripada anggota kelompok-luar (Robbins, 2005). Penemuan ini menyatakan bahwa pemimpin harus memberikan perhatian pada kualitas hubungan mereka dengan pengikutnya karena hubungan ini dapat sangat memengaruhi semangat kerja karyawan (Greenberg and Baron, 2003).

Model Partisipasi-Pemimpin

Salah satu tambahan terbaru teori kepemimpinan berbasis kemungkinan yang berhubungan dengan perilaku pemimpin dan partisipasi dalam pembuatan keputusan (Vroom dan Yetton, 1973). Model ini mengasumsikan lima perilaku yang mungkin diberikan pada situasi tertentu. Perilaku-perilaku tersebut adalah (1) Anda memecahkan masalah Anda sendiri menggunakan informasi yang telah tersedia pada saat itu, (2) Anda memperoleh informasi penting dari bawahan kemudian memutuskan solusinya sendiri, (3) Anda membagi masalah Anda dengan bawahan yang relevan secara individual, mendapatkan ide-ide dan saran mereka tanpa melibatkan mereka bersama-sama dalam sebuah kelompok kemudian Anda membuat keputusan, (4) Anda membagi masalah Anda dengan bawahan dalam grup dan secara bersama-sama memperoleh ide-ide dan saran mereka, kemudian Anda membuat keputusan yang mungkin atau tidak mencerminkan pengaruh bawahan Anda, dan (5) Anda membagi masalah dengan grup dan bersama-sama membangkitkan dan mengevaluasi alternatif serta berusaha untuk mencapai pemecahan solusi. Model partisipasi pemimpin menggunakan rangkaian yang terdiri dari delapan tipe pertanyaan ya-tidak untuk menentukan berapa banyak partisipasi yang harus digunakan.



Gambar 8-4. Teori Kepemimpinan Situasional (diadopsi dengan izin dari Hersey dan Blanchard, 1988).

Pertanyaan-pertanyaan tersebut meliputi:

- Apakah saya memiliki cukup informasi untuk membuat keputusan yang berkualitas tinggi?
- Jika keputusan telah diterima, akankah membuat perbedaan pada bagian aksi yang diadopsi?
- Apakah bawahan memiliki tambahan informasi yang cukup untuk menghasilkan keputusan dengan kualitas yang tinggi?
- Apakah saya mengetahui secara pasti informasi apa yang dibutuhkan, siapa yang memilikinya, dan bagaimana mengumpulkannya?
- Apakah penerimaan keputusan oleh bawahan penting untuk implementasi yang efektif?
- Jika saya membuat keputusan sendiri, apakah bawahan saya pasti akan menerimanya?
- Dapatkah bawahan dipercaya mendasarkan solusi sesuai dengan pertimbangan organisasi?
- Apakah konflik di antara bawahan mungkin terdapat dalam solusi yang disukai?

Pertanyaan-pertanyaan ini membolehkan pemimpin untuk menentukan perilaku yang paling tepat. Hasil dari

penelitian pada model ini menyatakan bahwa pemimpin harus mempertimbangkan penggunaan metode partisipasi ketika mementingkan kualitas keputusan, ketika sangat penting bila bawahan harus menerima keputusan dan tidak mungkin mereka akan menerima jika mereka tidak mengambil bagian pada kondisi tersebut, dan saat bawahan dapat dipercaya untuk mendahulukan tujuan kelompok daripada pilihan mereka sendiri (Robbins, 2005). Pembaruan dari model ini menambahkan beberapa pertanyaan ya-tidak untuk mempertimbangkan ketidakleluasaan waktu yang membatasi partisipasi bawahan, biaya akibat melibatkan bawahan, meminimalisir waktu yang dibutuhkan untuk membuat keputusan, dan kepentingan untuk mengembangkan kemampuan bawahan dalam membuat keputusan (Vroom and Jago, 1988).

Pendekatan ini mungkin akan bermanfaat dalam apotek karena model kepemimpinan baru dalam mengorganisasi pelayanan kesehatan telah dikemukakan. Model pemerintahan yang berfokus pada pembuatan keputusan bersama antara manajemen dan profesi pelayanan kesehatan menawarkan sebuah cara untuk mengombinasikan kedua kepentingan organisasi dan profesi (Young, 2002). Gaya manajemen seorang pemimpin dalam era perubahan adalah

salah satu yang memiliki kehormatan tertinggi di mata masyarakat dan produksi serta menekankan tanggung jawab bersama, keterlibatan, komitmen, dan saling mendukung (Williams, 1986). Anggota staf yang paling termotivasi dan produktif adalah yang memiliki hubungan yang kuat dengan yang lainnya, dengan rekan kerja, dan pimpinannya (Abramowitz, 2001).

Kepemimpinan Transaksional versus Transformasional

Sebagian besar teori yang muncul pada bab ini dianggap termasuk yang bersifat transaksional. Dengan kata lain, mereka sangat berorientasi pada penyelesaian tugas dengan segera dan memelihara hubungan kerja yang baik dengan pemimpin. Semua itu atas dengan cara dasar janji pertukaran imbalan untuk kinerja yang dihasilkan (Dessler, 1998). Pendekatan yang lebih baru mengenai kepemimpinan adalah pendekatan transformasional. Pemimpin transformasional akan membuat bawahannya lebih sadar akan penting dan berharganya hasil kerja mereka lalu memberikan misi dan motivasi untuk pengikutnya sehingga dapat berbuat lebih dari sekedar kepentingan pribadi demi kebaikan organisasi (Osland et al., 2001). Fokus pada hasil kerja ini adalah sebuah pergeseran besar dalam arena pelayanan kesehatan karena sebagian besar fokus pelayanan kesehatan terletak diproses pelayanan (DeYoung, 2005). Organisasi pelayanan kesehatan membutuhkan pendekatan kepemimpinan, baik transaksional (untuk pengawasan dan efisiensi) maupun transformasional (untuk inovasi). Survei baru-baru ini tentang farmasis di sistem kesehatan mengindikasikan bahwa farmasis memiliki kedua karakteristik tersebut baik transaksional maupun transformasional, namun hanya sedikit yang tertarik menjadi direktur apotek (Abraham, 2006). Hal tersebut menunjukkan bahwa penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk mengetahui mengapa tipe kepemimpinan ini tidak menarik bagi farmasis dan apa yang dapat dilakukan untuk mengatasi situasi tersebut. Informasi lebih lanjut tentang teori kepemimpinan dapat dibaca di Bab 14.

Selalu muncul pertanyaan apakah kepemimpinan adalah hal yang sangat penting. Seperti penjelasan yang telah diberikan, pendampingan pasien dan pelaksanaan peran farmasis yang baru akan membutuhkan adanya perilaku kepemimpinan yang ditunjukkan oleh semua farmasis. Beberapa faktor seperti kemampuan, motivasi intrinsik, sifat teknologi, dan struktur organisasi dapat memengaruhi kinerja serta kepuasan anggotanya. Ketika seorang farmasis lulus dari pendidikannya, mereka memiliki pengetahuan tugas dasar dari praktik kefarmasian. Farmasis juga berusaha untuk memelihara hubungan kerja yang baik dengan pasien dan manajemen dikarenakan nilai-nilai profesional. Faktor-faktor ini dapat menggantikan kepemimpinan yang efektif.

Tujuan akan terpenuhi tanpa memandang apakah pimpinan atau manajer melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Namun, manajer dan pimpinan perlu mengenali akankah farmasis yang telah memiliki motivasi akan tetap termotivasi dan berenergi di lingkungan kerja yang negatif serta penuh tekanan. Perlu kiranya bagi pemimpin mengembangkan visi bersama dengan unit individual dalam organisasi mereka dan mendorong serta memperkuat pegawai untuk bergerak menuju visi tersebut. Pemimpin yang efektif adalah yang melakukan diagnosa pribadi dan menyadari area yang belum dipahaminya atau kelemahannya serta secara aktif mencari cara untuk mengatasinya.

Sebuah catatan terakhir terkait peningkatan keberagaman dalam organisasi pelayanan kesehatan. Keberagaman yang dimaksud tidak hanya berdasarkan golongan anggota yang bekerja di dalamnya (misalnya, dokter, perawat, farmasis, teknisi, dan asisten) tapi juga karakteristik demografis pegawai (misalnya, gender, ras/etnis, dan usia). Pemimpin harus mampu mengelola secara efektif perbedaan tersebut untuk memaksimalkan kinerja perorangan. Sebuah pendekatan yang menghubungkan keberagaman dengan pekerjaan yang dilakukan dan menghargai nilai kemanfaatan yang diberikan kepada organisasi akan menghasilkan lingkungan yang dapat dapat memaksimalkan keuntungan dari keberagaman (Ely dan Thomas, 2001). Pemilik apotek harus mulai membuka dialog dengan pegawai untuk menggali kemungkinan-kemungkinan tersebut (lihat Bab 12).

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Joe smart mengetahui ada sesuatu yang salah dengan lingkungan internal apotek rawat jalan. Apa yang mungkin dia sadari adalah adanya kekurangan perilaku kepemimpinan direktur apotek dan bagaimana perilaku farmasis yang sangat berorientasi pada pekerjaan. Hal tersebut yang mungkin menyebabkan pegawai apotek tidak merasa menjadi bagian dari organisasi sistem kesehatan dan merasa frustrasi karena kurangnya pengakuan dari yang lain. Terlihat seolah-olah tidak banyak waktu yang telah dihabiskan untuk menjalin hubungan dengan orang baik di dalam maupun di luar departemen. Joe sebagai pegawai yang masih sangat baru, merasa ragu-ragu untuk terlibat terlalu jauh, tetapi dia mungkin orang yang tepat untuk menanyakan nilai-nilai dan tujuan apotek rawat jalan serta bagaimana apotek distrukturisasi untuk mencapai tujuan tersebut. Saat ini mungkin waktu yang baik untuk mengevaluasi iklim di apotek sehingga dapat diketahui mengapa pegawai merasakan ketidakpuasan. Meskipun Joe tidak memiliki posisi kepemimpinan di organisasi, dia harus berpikir tentang apa yang dapat dia lakukan untuk memperbaiki lingkungan di apotek. Setiap orang bertanggung jawab untuk memastikan pelayanan kesehatan berjalan dengan cara yang paling baik, dan anggota staf yang tidak bahagia kemungkinan tidak dapat

melakukan hal itu. Joe juga bisa membangun hubungan dengan anggota staf yang lain. Ini mungkin bisa membantu para pegawai untuk berdiskusi tentang apa yang sebenarnya terjadi di apotek. Dengan bantuan pegawai yang lebih berpengalaman, Joe bisa membawa masalah-masalah tersebut agar menjadi perhatian direktur apoteker. Dengan mengambil langkah yang proaktif, Joe mengembangkan keterampilan kepemimpinan yang akan membantu karirnya.

■ KESIMPULAN

Pemahaman perilaku organisasi diperlukan farmasis agar bisa berfungsi secara produktif di lingkungan organisasi. Mencari institusi yang memfasilitasi tujuan profesional penting untuk pengembangan peran farmasis yang berkelanjutan. Tenaga profesi kesehatan harus berpartisipasi dalam pengaturan organisasi. Hal itu merupakan bagian tanggung jawab profesi mereka untuk menjamin bahwa pelayanan kesehatan dilakukan dengan tepat kepada pasien. Kemampuan kepemimpinan akan sangat berpengaruh pada sikap dan perilaku farmasis. Tanpa visi yang jelas dan dipahami bersama oleh manajemen dan staf, praktik inovatif akan sulit diimplementasikan.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Mengapa fokus perilaku organisasi senantiasa berubah?
2. Seperti diketahui bahwa organisasi berusaha untuk memberi kuasa pada pegawai di semua level, apakah skema organisasi masih diperlukan? Mengapa demikian?
3. Seberapa penting pembagian kerja, rentang kendali, kesatuan perintah departementalisasi, dan aspek struktur yang lain di apotek saat ini? Apakah Anda melihat lebih banyak atau lebih sedikit struktur-struktur ini di organisasi farmasi? Apa bentuk organisasi yang menurut Anda akan berkembang di masa datang?
4. Sebutkan beberapa cara profesional merespons kebutuhan organisasi! Apakah hal tersebut tepat? Sebutkan cara pemberian respons yang lain!
5. Apakah peran dari nilai-nilai organisasi?
6. Mengapa farmasis dan organisasi harus melakukan monitor perilaku organisasi?
7. Peran apa yang dimiliki emosi dalam organisasi pelayanan kesehatan? Bagaimana agar kita dapat memahami betapa pentingnya hal tersebut?
8. Sebutkan gambaran kunci dalam kepemimpinan? Apakah penting bagi farmasis untuk mengembangkan keterampilan kepemimpinan? Bagaimana Anda akan mengembangkan keterampilan kepemimpinan yang Anda miliki?

REFERENSI

- Abraham D. 2006. Pharmacy leadership crisis: Is it the people or the job? Makalah yang dipresentasikan di American Society of Health-System Pharmacists Midyear Clinical Meeting, Anaheim, CA.
- Abramowitz PW. 2001. Nurturing relationships: An essential ingredient of leadership. *Am J Health-Syst Pharm* 58:479.
- Abunassar SM, Gaither CA. 2000. The effects of cognitive appraisals and coping strategies on job satisfaction, commitment and burnout levels in hospital pharmacists. Paper presented at the 147th Annual Meeting of the American Pharmaceutical Association, Washington, DC.
- Allen NJ, Meyer JP. 1990. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *J Occup Psychol* 63:1.
- Ashforth BE, Mael FA. 1989. Social identity theory and the organization. *Acad Manag Rev* 14:20.
- Bacharach SB, Bamberger P, Conley S. 1991. Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *J Org Behav* 12:39.
- Barnett CW, Kimberlin CL. 1984. Job and career satisfaction in pharmacy. *J Soc Admin Pharm* 2:1.
- Bond CA, Raehl CL. 2001. Pharmacists' assessment of dispensing errors: Risk factors, practice sites, professional functions and satisfaction. *Pharmacotherapy* 21:614.
- Cameron KS, Freeman S. 1991. Culture, congruence, strength and type: Relationship to effectiveness. *Res Organ Change Dev* 5:23.
- Cox ER, Fitzpatrick V. 1999. Pharmacists' job satisfaction and perceived utilization of skills. *Am J Health-Syst Pharm* 56:1733.
- Dessler G. 1998. *Management: Leading People and Organizations in the 21st Century*, 1st ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- DeYoung R. 2005. Contemporary leadership theories. In Borkowski N (ed), *Organizational Behavior in Health Care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Dukerich JM, Golden BR, Shortell SM. 2002. Beauty is in the eye of the beholder: The impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians. *Admin Sci Q* 47:507.
- Dye CF. 2000. *Leadership in Healthcare: Values at the Top*. Chicago: Health Administration Press.
- Ely RJ, Thomas DA. 2001. Cultural diversity at work: The effects of diversity perspectives on work group processes and outcomes. *Admin Sci Q* 46:229.
- Fjortoft N. 2006. Identifying caring behaviors of pharmacists through observations and interviews. *J Am Pharm Assoc* 46:582.

- Fiske ST, Taylor SE. 1991. *Social Cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Freidson E. 1970. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, p. 73. New York: Dodd, Mead.
- Gaither CA. 1998a. The predictive validity of work/career-related attitudes and intentions on pharmacists' turnover behavior. *J Pharm Market Manag* 12:3.
- Gaither CA. 1998b. An investigation of pharmacists' role stress and the work/non-work interface. *J Soc Admin Pharm* 15:92.
- Gaither CA. 1999. Career commitment: A mediator of the effects of job stress on pharmacists' work-related attitudes. *J Am Pharm Assoc* 39:353.
- Gaither CA, Mason HL. 1992. A model of pharmacists' career commitment, organizational commitment and career and job withdrawal intentions. *J Soc Admin Pharm* 9:75.
- Gaither CA, Nadkarni A. 2005. The effects of interpersonal interactions and environmental conditions on hospital pharmacists' work environments. Paper presented at the American Association of Colleges of Pharmacy Annual Meeting, Cincinnati, OH.
- Gaither CA, Nadkarni A, Mott DA, et al. 2007. Should I stay or should I go? The influence of individual and organizational factors on pharmacists' future work plans. *J Am Pharm Assoc* 47:165.
- Gaither CA, Kahaleh AA, Doucette WR, et al. 2008. A modified model of pharmacists' job stress: The role of organizational, extra-role and individual factors on work-related outcomes. *Res Soc Admin Pharm* (in press).
- Gibb JR. 1978. *Trust: A New View of Personal and Organizational Development*. Los Angeles: Guild of Tutors Press.
- Green GB, Uhl-Bien M. 1995. Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-domain perspective. *Leadership Q* 6:219.
- Greenberg J, Baron RA. 2003. *Behavior in Organizations*, 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Hall RH. 1968. Professionalization and bureaucratization. *Am Sociol Rev* 33:92.
- Hardigan PC, Lai LL, Carvajal MJ. 2001. The influence of positive and negative affectivity on reported job satisfaction among practicing pharmacists. *J Pharm Market Manag* 13:57.
- Harrison JR, Carroll GR. 1991. Keeping the faith: A model of cultural transmission in formal organizations. *Admin Sci Q* 36:552.
- Hersey P, Blanchard KH. 1988. *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hochschild A. 1983. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Ibrahim MIM, Wertheimer AI. 1998. Management leadership styles of effectiveness of community pharmacists: A descriptive analysis. *J Soc Admin Pharm* 15:57.
- Ibrahim MIM, Wertheimer AI, Myers MJ, et al. 1997. Leadership styles and effectiveness: Pharmacists in associations vs. pharmacists in community settings. *J Pharm Market Manag* 12:23.
- Jones JE. 1981. The organizational universe. In Jones JE, Pfeffer JW (eds), *The 1981 Annual Handbook for Group Facilitators*. San Diego: Pfeiffer and Company.
- Judge TA, Bono JE, Ilies R, Gerhardt MW. 2002. Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *J Appl Psychol* 87:765.
- Kahaleh AA, Gaither CA. 2007. The effects of work setting on pharmacists' empowerment and organizational behaviors. *Res Soc Admin Pharm* 3:199.
- Kahaleh AA, Gaither CA. 2005. Effects of empowerment on pharmacists' organizational behaviors. *J Am Pharm Assoc* 45:700.
- Kong SX. 2005. Predictors of organizational and career commitment among Illinois pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm* 52:2005.
- Kong SX, Wertheimer AI, McGhan WF. 1992. Role stress, organizational commitment, and turnover intention among pharmaceutical scientists: A multivariate analysis. *J Soc Admin Pharm* 9:59.
- Konovsky MA, Pugh SD. 1994. Citizenship behavior and social exchange. *Acad Manag J* 37:656.
- Kotter JP. 1990. What leaders really do? *Harvard Business Rev* 68:103.
- Kreling DH, Doucette WR, Mott DA, et al. 2006. Community pharmacists' work environments: Evidence from the 2004 national pharmacist workforce study. *J Am Pharm Assoc* 46:331.
- LaMonica EL. 1994. *Management in Health Care: A Theoretical and Experiential Approach*. New York: Macmillan.
- Lazarus HL, Duncan WJ. 1994. Restructuring pharmacy departments for survival. *Am J Hosp Pharm* 51: 2827.
- Lerkiatbundit S. 2000. Predictors of job satisfaction in pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 17:45.
- Locke EA. 1976. The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette M (ed), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- McHugh PP. 1999. Pharmacists attitudes regarding quality of worklife. *J Am Pharm Assoc* 39:667.
- Mintzberg H. 1983. *Structures in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Mott DA. 2000. Pharmacist job turnover, length of service, and reasons for leaving, 1983-1997. *Am J Health-Syst Pharm* 57:975.
- Mott DA, Doucette WR, Gaither CA, et al. 2004. Pharmacists' attitudes toward worklife: Results from the 2000 national pharmacist workforce survey. *J AmPharmAssoc* 44:326.
- Mowday RT, Steers RM, Porter LW. 1979. The measurement of organizational commitment. *J Voc Behav* 14:224.
- O'Neil E. 2002. The need for leadership in a changing health care landscape. *Pharmacotherapy* 20:891.
- O'Neill JL, Gaither CA. 2007. Investigating the relationship between the practice of pharmaceutical care, construed external image, organizational identification and job turnover intention of community pharmacists. *Res Soc Admin Pharm* 3:438.
- Olson DA, Lawson KA. 1996. Relationship between hospital pharmacists' job satisfaction and involvement in clinical activities. *Am J Health-Syst Pharm* 53:281.
- Osland J, Kolb D, Rubin I. 2001. *Organizational Behavior: An Experiential Approach*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Ovretveit J. 2001. Organizational behavior research in health care: An overview. In Ashburner L (ed), *Organisational Behavior and Organisational Studies in Health Care*. Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave.
- Paavola FG. 1990. Trends in advertisements as an indicator of pharmacy workforce demands. *Am J Hosp Pharm* 47:2064.
- Pierpaoli PG, Hethcox JM. 1992. Pharmaceutical care: New management and leadership imperatives. *TopHosp Pharm Manag* 12:1.
- Pelled LH, Eisenhardt KM, Xin KR. 1999. Exploring the black box: An analysis of work group diversity, conflict and performance. *Admin Sci Q* 44:1.
- Prince M, Engle R, Laird K. 2003. A model of job performance, job satisfaction and life satisfaction among sales and sales support employees at a pharmaceutical company. *J Pharm Market Manag* 16:59.
- Quinn RE. 1988. *Beyond Rational Management*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Quinn RE, Rohrbaugh J. 1983. A spatial model of effectiveness criteria: Toward a competing values approach to organizational analysis. *Manag Sci* 29:363.
- Robbins SP. 2005. *Essentials of Organizational Behavior*, 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Reuppel R, Scheider D, Lawton GC. 2003. Initiative for improving pharmacist satisfaction with work schedules. *Am J Health-Syst Pharm* 60:1991.
- Sahney VK. 1996. Integrated health care systems: Current status and future outlook. *Am J Health-Syst Pharm* 53:54S.
- Schein EH. 1985. *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Schulz RM, Baldwin HJ. 1990. Chain pharmacist turnover. *J Soc Admin Pharm* 7:26.
- Scott T, Mannion R, Davies H, et al. 2003. *Health Performance and Organizational Culture*. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press.
- Stewart JE, Smith SN. 1987. Work expectations and organizational attachment of hospital pharmacists. *Am J Hosp Pharm* 44:1105.
- Stewart JE, Smith SN, Grussing PG. 1987. Factors influencing the rate of job turnover among hospital pharmacists. *Am J Hosp Pharm* 43:1936.
- Stoeckle JD, Stanley JR. 1992. The corporate organization of hospital work: Balancing professional and administrative responsibilities. *Ann Intern Med* 116:407.
- Stodgill RM. 1948. Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *J Psychol* 25:35.
- Taylor FW. 1911. *Principles of Scientific Management*. New York: Harper.
- Tosi HL, Rizzo JR, Carroll SJ. 1994. *Managing Organizational Behavior*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Vroom VH, Jago AG. 1988. *The New Leadership: Managing Participation in Organizations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Vroom V, Yetton P. 1973. *Leadership and Decision-Making*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Waller DJ, Smith SR, Warnock JT. 1989. Situational theory of leadership. *Am J Hosp Pharm* 46:2336.
- Weiner Y. 1988. Forms of value systems: A focus on organizational effectiveness and cultural change and maintenance. *Acad Manag Rev* 13:536.
- Williams ES, Konard TR, Linzer M, et al. 2002. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the physician worklife study. *Health Serv Res* 37:121.
- Williams RG. 1986. Achieving excellence. *Am J Hosp Pharm* 43:617.
- Wolfgang AP, Wolfgang CF. 1992. Hospital pharmacy directors' perceptions of job stress in staff pharmacists. *Am J Hosp Pharm* 49:1955.
- Young D. 2002. Shared governance builds leaders, aids patient care. *Am J Health-Syst Pharm* 59:2277.
- Yukl G. 1989. Managerial leadership: A review of theory and research. *J Manag* 15:251.
- Zammuner VL, Galli C. 2005. The relationship with patients: "Emotional labor" and its correlates in hospital employees. In Hartel CEJ, Serbe WJ, Ashkanasy NM (eds), *Emotions in Organizational Behavior*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

FUNGSI MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA

David A. Holdford

Tentang Penulis: Dr. Holdford adalah seorang Associate Professor di Virginia Commonwealth University (kampus MCV) School of Pharmacy di Richmond. Beliau menyelesaikan pendidikan B.S. di bidang farmasi di University of Illinois, Chicago; gelar M.S di bidang administrasi farmasi diambil di Ohio State University, dan gelar Ph.D. bidang administrasi farmasi di University of South Carolina. Di Virginia Commonwealth. Dr. Holdford mengajar para profesional dan lulusan pascasarjana tentang pemasaran kefarmasian, manajemen farmasi, manajemen keuntungan apotek, dan farmakoekonomi. Minat penelitian saat ini fokus pada evaluasi nilai kefarmasian dan peran pemasaran di dunia kesehatan. Dia adalah penulis *textbook*, *Marketing for Pharmacists, 2nd ed.*, dari American Pharmacist Association Publication.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah pelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pentingnya manajemen sumber daya manusia dalam penyediaan pelayanan kefarmasian berkualitas tinggi.
2. Mendeskripsikan peran Civil Right Act tahun 1964 dalam pengelolaan sumber daya manusia.
3. Mengidentifikasi tahap kritis dalam proses perekrutan dan seleksi pegawai.
4. Membandingkan dan membedakan orientasi kerja, pelatihan, dan pengembangan.
5. Mendiskusikan peran motivasi dan imbalan pada umpan balik kinerja pegawai
6. Membuat daftar langkah dalam pendisiplinan progresif

■ SKENARIO

Scot Phinney baru saja diterima sebagai direktur farmasi di rumah sakit umum yang memiliki 200 tempat tidur. Rumah sakit itu berada di daerah pinggiran yang berkembang pesat di sebelah selatan kota. Scot memiliki gelar Doktor dalam bidang farmasi dan selama 3 tahun berpengalaman sebagai staf farmasis di rumah sakit lain di luar kota. Di posisinya sekarang, Scot bertanggung jawab dalam hal operasional departemen farmasi rawat inap dan apotek rawat jalan. Dia bertanggung jawab mengawasi kurang lebih 20 orang pegawai penuh dan paruh waktu selama *shift* siang dan malam.

Setelah 1 bulan, Scot dihadapkan pada beberapa masalah pegawai. Tiga orang farmasis baru saja keluar dari departemennya untuk bekerja di tempat lain. Banyak dari farmasis dan teknisi yang tersisa mengungkapkan ketidakpuasan tentang pekerjaan mereka dengan

cara terus-menerus mengeluhkan tentang permasalahan-permasalahan kecil. Dua komentar umum yang sering dilontarkan oleh pegawai adalah "Ini bukan pekerjaanku" dan "Aku tidak dibayar cukup untuk ini." Beberapa ketidakpuasan bahkan telah menyebabkan percekocokan serius. Dua kali dalam minggu terakhir Scot harus menghentikan adu mulut di antara para pegawai. Selain keluhan mereka, beberapa farmasis menunjukkan sedikit inisiatif dan terlihat hanya bergerak sesuai dengan pekerjaannya saja. Teknisi tidak diawasi dengan baik dan dibiarkan menghilang dari departemen untuk jangka waktu yang lama. Parahnya, administrasi keperawatan telah mengarsipkan beberapa keluhan resmi terkait perilaku kasar dan pelayanan yang buruk oleh pegawai farmasi.

Masa jabatan farmasis dan teknisi pada posisi mereka berkisar antara 5 sampai dengan 20 tahun, artinya Scot adalah satu-satunya pendatang baru di departemen farmasi itu. Sebelum kedatangan Scot, direktur farmasi, seseorang yang baru saja mengundurkan diri setelah 20 tahun melakukan pelayanan di rumah sakit, memberikan umpan balik atau petunjuk yang sangat sedikit kepada pegawai. Mantan direktur farmasi itu menghindari konfrontasi sehingga seringkali dia membiarkan permasalahan pegawai memanas sampai mereka lepas kontrol. Para pegawai farmasi terus melakukan kebiasaan kerja yang buruk dan perilaku yang tidak profesional karena tidak memperoleh petunjuk lebih lanjut dari direktur mereka. Scot ingin mengubah hal-hal yang terjadi di departemen farmasi, tetapi tidak yakin dari mana harus memulainya.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana manajemen sumber daya manusia yang buruk di apotek bisa menyebabkan (a) tekanan kerja dan *burnout*, (b) kesalahan peracikan obat, dan (c) kekurangan tenaga farmasis?
2. Deskripsikan tugas dasar sumber daya manusia. Elemen kunci apakah yang dikaitkan pada tiap-tiap tugas tersebut?
3. Mengapa deskripsi tugas dan standar kinerja penting dalam manajemen sumber daya manusia?
4. Mengapa manajemen sumber daya manusia merupakan elemen yang krusial bagi citra apotek di hadapan setiap pasiennya?

■ MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA DAN PRAKTIK KEFARMASIAN

Skenario tersebut melukiskan semua situasi yang umum terjadi dalam organisasi kesehatan bila pegawai mendapat arahan dan petunjuk yang kurang dalam pekerjaannya.

Hasilnya, kualitas serta kuantitas beban dan lingkungan kerja menjadi tidak dapat ditoleransi. Tanpa manajemen sumber daya manusia, seorang tenaga profesional seperti farmasis pun akan kehilangan arah.

Praktik manajemen kefarmasian terdiri dari tugas kompleks dengan rentang luas yang meliputi kegiatan pengelolaan baik sumber daya manusia maupun sumber daya selain manusia seperti properti dan informasi. Pengelolaan sumber daya selain manusia meliputi beberapa aktivitas seperti kontrol inventaris, pembuatan dan pemeliharaan sistem komputer, serta manajemen keuangan. Bab ini membicarakan mengenai pengelolaan manusia. Pengelolaan manusia, yang dikenal dengan istilah formal sebagai *manajemen sumber daya manusia* (*human resource management, HRM*), adalah sebuah tugas penting bagi farmasis yang harus berinteraksi atau mengawasi orang lain. HRM penting karena dapat membedakan apotek yang berjalan baik dengan yang tidak berfungsi dengan baik atau tidak berjalan sukses.

Manajemen sumber daya manusia (HRM) didefinisikan sebagai proses mencapai tujuan organisasi melalui pengelolaan manusia. Tugas terkait HRM meliputi penerimaan, perekrutan, pelatihan, pengembangan, dan pemecatan pegawai. Jika tugas-tugas tersebut dilaksanakan dengan baik, pegawai apotek mengetahui tanggung jawab mereka dan akan mendapatkan umpan balik dengan sukses. Namun, jika tugas tersebut tidak dilaksanakan dengan baik, pegawai apotek akan mendapat arahan dalam pekerjaan yang sedikit atau tidak konsisten dan seringkali menjadi frustrasi.

HRM penting bagi profesi farmasi karena banyak farmasis dan pegawai apotek yang mungkin mampu menunjukkan tingkat kinerja yang lebih tinggi daripada saat ini. Konsekuensi negatif dari hilangnya kinerja ini bisa jadi merupakan hal yang besar bagi farmasis dan pasien.

Setidaknya secara parsial, banyak permasalahan di profesi kefarmasian merupakan hasil dari fakta bahwa farmasis seringkali tidak dikelola dan dipimpin dengan baik. Sebagai contoh, seringkali kelebihan beban kerja dan stres terjadi karena petugas apotek membuang waktu dan tenaga akibat ketidakjelasan instruksi dari pihak manajemen, kerjasama tim yang buruk, pelatihan yang tidak cukup, umpan balik yang lemah mengenai produktivitas dan kualitas kinerja, serta konflik antar manusia. Jika upaya yang terbuang tersebut disalurkan aktivitas yang produktif, beban dan tekanan kerja akan dapat diatasi. Dapat dinyatakan juga bahwa banyak kesalahan pengobatan merupakan akibat dari buruknya manajemen personalia. Seorang manajer dapat juga berkontribusi pada kesalahan pengobatan karena lebih mengutamakan kuantitas kerja dibandingkan kualitas kerja. kesalahan pengobatan dapat terjadi jika farmasis yang dikelola dengan buruk dibiarkan melakukan kebiasaan peracikan sediaan farmasi yang tidak baik, kurang mengawasi teknisi farmasi/asisten apoteker, atau terus melakukan dokumentasi

medis yang tidak lengkap. Teknisi yang tidak diatur dengan baik akan mengakibatkan terjadinya kesalahan pengobatan ketika mereka dibiarkan saja melakukan kebiasaan kerja yang buruk atau tidak berkomunikasi dengan farmasis. Apabila personalia didukung dengan praktik HRM yang lebih baik, diharapkan lebih sedikit terjadi kesalahan serupa dan lebih banyak nyawa yang mungkin dapat diselamatkan.

Bab ini mendiskusikan proses perekrutan, seleksi, pelatihan, pendisiplinan, dan pemberhentian pegawai apotek. Diuraikan juga langkah-langkah yang terlibat dalam HRM dan beberapa batasan bagi para manajer. Bab ini juga memberikan beberapa rekomendasi pada farmasis agar dapat mempraktikkan manajemen personalia yang lebih efektif.

■ HUKUM DAN REGULASI YANG MEMENGARUHI HRM

Proses HRM dipengaruhi oleh hukum dan regulasi yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat, negara bagian, dan pemerintah pusat. Hukum dan regulasi ini ditegakkan untuk melindungi pegawai dari praktik-praktik dan bias tertentu yang dilakukan oleh orang-orang yang mempekerjakan mereka. Federal Civil Right Act tahun 1964 merupakan perundangan pokok yang memengaruhi praktik HRM (Donnelly, Gibson, dan Ivancevich, 1995). Undang-undang dan amandemen undang-undang setelahnya telah melarang diskriminasi dalam hal perekrutan pegawai, promosi, kompensasi, dan perlakuan terhadap kelompok pegawai yang dilindungi. Kelompok yang dilindungi ini adalah mereka yang mengalami diskriminasi karena jenis kelamin, ras, usia, agama, orientasi seksual, tinggi badan, berat badan, catatan kriminal, asal kewarganegaraan, status keuangan, catatan militer, atau cacat. Hukum yang memperbaharui atau melengkapi undang-undang tersebut meliputi (Donnelly, Gibson, dan Ivancevich, 1995):

- *Title VII of the Civil Rights Act of 1964*. Amandemen undang-undang 1964 ini melarang diskriminasi karena ras dan memberikan kewajiban untuk membuktikan pada instansi yang mempekerjakan.
- *Age Discrimination Act of 1967*. Undang-undang ini melindungi pegawai yang berusia 40 tahun atau lebih dari diskriminasi.
- *Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA)*. Undang-undang ini menentang diskriminasi perusahaan terhadap individu berkualitas namun mendapat label "cacat." Undang-undang ini menyatakan perusahaan untuk menyediakan akomodasi yang sesuai bagi pegawai yang cacat. Hal ini untuk memudahkan mereka melakukan pekerjaannya.

- *Family and Medical Leave Act of 1993 (FMLA)*. Undang-undang ini menyatakan perusahaan yang memiliki 50 atau lebih pegawai untuk menjamin pegawai mendapatkan cuti di luar tanggungan selama 12 minggu setiap tahun yang digunakan untuk keperluan keluarga seperti kelahiran anak, adopsi anak, menjaga keluarga yang sedang sakit, atau dikarenakan sakit yang diderita pegawai tersebut.

Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) dibentuk pada tahun 1972 dengan amandemen terhadap Civil Right Act. EEOC diberi kewenangan untuk mengawasi diskriminasi dan mengajukan perkara hukum untuk mengoreksi praktik diskriminasi di tempat kerja. Amandemen tersebut juga bertanggung jawab terhadap *tindakan Afirmitif*, sebuah pendekatan aktivis untuk mengoreksi perilaku diskriminasi. Tindakan afirmitif menekan perusahaan untuk secara aktif merekrut dan memberikan pilihan kepada kaum minoritas untuk memperbaiki prasangka semula dalam hal pekerjaan. Meskipun sangat kontroversial, tindakan afirmitif biasa dilakukan dalam bisnis.

Setiap proses HRM dipengaruhi oleh pengawasan EEOC dalam beberapa cara. Kegiatan perekrutan pegawai menyatakan agar keberagaman di tempat kerja dipertimbangkan. Wawancara dibatasi dengan pertanyaan yang sah secara hukum untuk ditanyakan pada kandidat pegawai. Pendisiplinan pegawai mensyaratkan diikutinya prosedur-prosedur tertentu dan penyimpanan dokumen yang menjamin tidak terjadinya diskriminasi di tempat kerja. Meskipun mungkin beberapa manajer kesal terhadap aturan tersebut, hukum ketenagakerjaan pemerintah federal pada dasarnya dibuat untuk menekankan tentang hal apa yang seharusnya telah dilakukan oleh manajer yang baik, contohnya mengembangkan prosedur HRM yang adil dan transparan.

Selain Civil Right Act, ada hukum dan peraturan lain yang ikut memengaruhi manajemen sumber daya manusia. Sebagai contoh adalah, Occupational Safety and Health Act tahun 1970 disusun oleh U.S. Occupational Safety and Health Administration (OSHA) untuk mengembangkan dan mendorong standar tempat kerja yang ada untuk mencegah kecelakaan kerja, penyakit, dan kematian (OSHA, 2007). Relevansi terhadap apotek adalah standar tempat kerja ergonomis yang dikeluarkan oleh OSHA serta peraturannya dalam pencegahan paparan bahan kimia berbahaya dan patogen yang ditularkan lewat darah.

■ PEREKRUTAN DAN PENEMPATAN

Pentingnya Perekrutan dan Penempatan

Perekrutan dan penempatan pegawai apotek adalah dua di antara tugas penting yang dilakukan oleh seorang manajer.

Jika seorang manajer menemukan dan mempekerjakan tenaga profesional yang memiliki kompetensi dan motivasi diri, masalah yang berkaitan dengan motivasi dan kinerja adalah masalah yang kecil. Praktik penerimaan pegawai yang baik juga menurunkan ketidakpuasan dan kepindahan kerja pegawai karena akan menempatkan orang yang tepat untuk pekerjaan yang tepat.

Organisasi farmasi perlu melatih perhatian yang besar pada perekrutan dan penempatan karena setiap pegawai merupakan representasi dari organisasi dan profesi. Semua pegawai yang berinteraksi dengan pelanggan membantu menentukan gambaran pelanggan tentang organisasi Anda. Pada kenyataannya, juru tulis apotek, teknisi, dan farmasis paling menentukan citra sebuah apotek dibandingkan dengan iklan atau kegiatan promosi lainnya (Holdford, 2003).

Pegawai apotek juga dapat menjadi sebuah sumber keuntungan yang kompetitif di tempat pemasaran. Farmasis yang baik dapat meningkatkan pendapatan yang signifikan bagi perusahaan dengan mempertahankan basis pasien yang setia dan menarik pasien lain dari para kompetitor. Selain itu, pasien yang puas cenderung merekomendasikan suatu apotek ke teman-teman dan keluarganya serta membeli produk dalam jumlah yang lebih besar.

Pemilihan pegawai yang tidak tepat untuk sebuah posisi bisa jadi sangat mahal. Jika pegawai tersebut dalam waktu singkat keluar, perusahaan harus menanggung biaya perekrutan, seleksi, dan pelatihan pegawai pengganti. Estimasi biaya usaha untuk hal itu umumnya berkisar antara \$1.000 hingga \$2.000 untuk penggantian pegawai pelayanan dan \$4.000 hingga \$8.000 untuk penggantian tenaga profesional (Reynoso dan Moores, 1995; Winberg dan Brushley, 1997). Dengan memasukkan biaya yang hilang karena penurunan produktivitas dan kehilangan kesempatan usaha, biaya karena berhentinya tenaga profesional dan manajer yang telah mumpuni dapat meningkat hingga \$100.000 (Fitz-Enz, 1997). Tabel 9-1 menunjukkan beberapa biaya yang mungkin keluar karena keluarnya seorang farmasis.

Mempekerjakan pegawai yang bermasalah bisa jadi berbiaya sangat mahal. Mempekerjakan pegawai yang tidak produktif atau memiliki masalah pribadi merupakan mimpi buruk bagi para manajer. Beberapa di antara pegawai tersebut bekerja hanya di dalam rentang batas kinerja minimal yang masih bisa diterima oleh perusahaan. Pegawai bermasalah yang terkadang merasa terkekang dapat menyebarkan konflik dalam sebuah organisasi, menurunkan kenyamanan kerja, meningkatkan ketegangan di tempat kerja, menghalangi kerja sama tim, dan menjadi biang untuk masalah yang lain. Pegawai yang bermasalah dapat menghabiskan waktu manajerial yang signifikan untuk konsultasi, memperdebatkan mediasi, dan kekeliruan. Oleh sebab itu, penting bagi manajer apotek melakukan semua hal yang mereka bisa untuk memilih pegawai yang tepat.

	Konsekuensi Negatif karena Keluarnya Seorang Farmasis
•	Kemungkinan apotek harus mengurusi dan mencari pengganti.
•	Pegawai bisa berpindah ke pesaing.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.
•	Farmasis yang efisien dan karyawannya dapat membantu meningkatkan pendapatan apotek.

Sumber: Digunakan dengan izin dari Holdford, 2003, hlm. 106.

Perekrutan

Perekrutan meliputi semua aktivitas yang terkait menarik pelamar kerja yang sesuai dengan kualifikasi untuk mengisi lowongan kerja. Tujuan dari perekrutan adalah menarik pelamar dengan kualifikasi terbaik untuk diwawancara guna mengisi jabatan atau posisi kerja tertentu. Proses perekrutan lebih mudah jika perusahaan atau pemberi peluang kerja bersikap proaktif dalam usaha merekrut pegawai. Perekrutan proaktif terjadi ketika perusahaan (1) melakukan perekrutan dan perluasan jaringan secara berkesinambungan, (2) menjaga suasana kerja yang nyaman sehingga orang ingin menjadi pegawai di sana, dan (3) membangun citra positif dalam pikiran pelamar yang potensial.

Perekrutan pegawai farmasi yang proaktif seharusnya merupakan aktivitas yang berkesinambungan tanpa memperhatikan apakah sebuah posisi tersedia atau tidak. Apotek-apotek yang dikelola dengan baik, secara berkesinambungan membangun kontak dengan pegawai yang potensial agar dapat dilakukan pendekatan saat tersedia posisi lowong. Kontak dapat dibangun saat pertemuan profesi dan perkumpulan sosial atau melalui pekerjaan. Pengusaha atau pemilik apotek dapat mengupayakan pegawai yang potensial dengan cara mempekerjakan pelajar atau mahasiswa farmasi untuk kerja paruh waktu dan membimbing mereka dalam memperoleh pengalaman kerja yang lebih maju (contohnya, dalam bidang ketatausahaan).

Perusahaan yang menggunakan pola perekrutan proaktif juga memahami bahwa lebih mudah untuk mencari pelamar

jika pekerjaannya semakin menarik, sehingga mereka membangun lingkungan kerja yang lebih menarik. Para pembuka peluang kerja mencoba untuk meningkatkan kondisi seperti imbalan dan pengakuan terhadap pegawai, melibatkan masukan pegawai dalam keputusan kerja, keuntungan, dan kualitas pekerjaan harian. Perusahaan yang memperlakukan pegawai dengan baik memiliki masalah lebih kecil dengan perpindahan kerja karena pegawainya tidak ingin keluar dari pekerjaannya. Ketika lowongan muncul, akan terisi dengan cepat tanpa usaha yang berarti karena pelamar yang potensial mencarinya. Pada banyak kasus, iklan lowongan tidak diperlukan karena rekomendasi melalui mulut ke mulut dari pegawai saat ini.

Perusahaan yang berhasil menawarkan pekerjaan yang paling dicari sering mendapatkan reputasi sebagai *perusahaan pilihan*. Perusahaan pilihan memiliki citra positif di masyarakat serta dapat mengambil dan memilih diantara kandidat yang potensial untuk menempati posisi tertentu. Sebagai contoh, Ukrops adalah sebuah jaringan toko grosir yang terletak di Virgania pusat dan mempekerjakan farmasis. Perusahaan tersebut telah dua kali dinobatkan sebagai salah satu "Top Employers" yang dikeluarkan oleh *Fortune Magazine's* (Tkaczyk et al., 2003). Angka pindah kerja yang suka rela dilakukan oleh pegawainya dari perusahaan itu berada di bawah 10 persen dari 5.500 pegawai per tahunnya. Hal ini menyebabkan persaingan yang ketat karena terbatasnya lowongan kerja yang tersedia. Perusahaan dapat menyeleksi pendaftar dengan kualifikasi terbaik dari kandidat terbaik yang tersedia.

Selain rekomendasi mulut ke mulut, iklan sering kali merupakan cara umum untuk merekrut pegawai apotek. Langkah awal dalam periklanan adalah memutuskan seberapa besar jaring untuk mendapatkan pegawai yang potensial. Akankah iklan skala lokal akan menjaring sejumlah kandidat berkualitas, atau haruskah menggunakan iklan skala regional atau nasional? Jawaban atas pertanyaan ini akan dipengaruhi oleh isu jangkauan dan pengeluaran; yaitu, semakin banyak orang yang dijangkau oleh iklan tersebut semakin besar pula biaya yang dikeluarkan. Jika memilih iklan skala lokal, iklan bisa ditampilkan di surat kabar lokal atau jurnal profesi daerah. Untuk iklan skala nasional atau regional, perusahaan dapat menggunakan surat kabar nasional (seperti, *New York Times*), jurnal profesi nasional (seperti, *Journal of the American Pharmacist Association*), atau situs yang berisi informasi kesempatan kerja (seperti, www.careerbuilder.com). Keputusan di mana akan mengiklankan lowongan bergantung pada jumlah anggaran untuk mengiklankan posisi tersebut. Perusahaan harus mempertimbangkan efektivitas biaya dari berbagai media periklanan. Perusahaan harus

dapat menentukan apakah ada orang-orang yang memiliki kualifikasi cukup di wilayah lokal bila mempertimbangkan pemilihan iklan skala lokal. Jika ternyata ada, mungkin iklan skala lokal lebih efektif, terutama karena kandidat yang memenuhi kualifikasi dan berasal dari luar area akan mendapatkan penggantian biaya perjalanan saat mengikuti wawancara. Pertimbangan lain adalah kondisi demografi yang sesuai. Sebagai contoh, jika sebuah organisasi mencari farmasis yang memiliki pengalaman untuk menempati posisi manajemen, tidak diperlukan iklan di sebuah surat kabar atau majalah remaja. Dengan kata lain, jika sebuah organisasi ingin merekrut dalam jumlah besar untuk sebuah posisi, harus diperhatikan upaya untuk menjangkau populasi yang beragam dari segi usia, jenis kelamin, dan ras/etnis.

Setelah memilih media periklanan, kemudian iklan ditulis. Saat menulis iklan apa pun, yang penting adalah membuat tulisan yang ringkas dan jelas. Iklan tersebut jangan sampai membuat janji palsu dan sebaiknya tidak menggunakan kalimat hiperbola atau jargon tertentu. Iklan dibuat hanya untuk menarik minat kandidat dan mendorong mereka untuk melakukan kontak dengan apotek.

Penempatan

Penempatan berkaitan dengan lamaran yang diajukan kandidat, penyaringan, wawancara, seleksi, dan proses kontrak kerja. Pada banyak organisasi, farmasis dibantu selama proses tersebut oleh kantor personalia korporat. Kantor personalia menawarkan bantuan yang penting dalam hal periklanan, pengelolaan surat lamaran dan berkas-berkasnya, penyaringan kandidat atau pelamar, memberi masukan mengenai pertanyaan-pertanyaan seputar kebijakan dan hukum, pengecekan referensi, dan perluasan penawaran kerja. Mereka membebaskan pegawai apotek untuk mengembangkan kriteria seleksi pegawai, mewawancarai pelamar yang memiliki kualifikasi, dan membuat keputusan akhir.

Perlu ditekankan, bagaimanapun juga, farmasis perlu memonitor dan memengaruhi kinerja kantor personalia pada proses penempatan pegawai. Salah satu alasannya adalah pegawai personalia tidak mengetahui persyaratan praktik kefarmasian sebaik farmasis. Mereka mungkin menekankan pengetahuan dan kapabilitas yang berbeda dari farmasis. Alasan kedua adalah kantor personalia tidak akan menanggung kerugian yang besar dari kesalahan memilih pegawai. Pegawai farmasi yang akan menanggung akibat dari seleksi pegawai yang buruk. Oleh karena itu, merupakan kewajiban farmasis untuk melakukan kontrol selama proses sesuai kebutuhan untuk menjamin sebuah pilihan yang tepat.

Surat Lamaran

Satu di antara langkah awal dalam mempekerjakan adalah pegawai baru membuat sebuah lamaran kerja. Lamaran kerja memiliki dua tujuan. Pertama untuk membantu menyaring pelamar yang tidak memenuhi kualifikasi. Surat lamaran dapat mengidentifikasi apakah pelamar memiliki pelatihan, tingkat pendidikan, dan pengalaman yang diperlukan dalam pekerjaan. Tujuan yang kedua adalah untuk menyediakan data pelamar untuk keperluan wawancara.

Penyaringan

Setelah mengirimkan lamaran, pelamar selanjutnya diseleksi untuk melihat apakah mereka memenuhi persyaratan kerja yang diminta. Penyaringan adalah proses yang bertujuan untuk mengeluarkan pelamar yang tidak memenuhi kualifikasi dari sejumlah kandidat yang potensial. Kriteria penyaringan yang umum adalah: kurangnya kualifikasi kerja (misalnya, izin, tingkat pendidikan, kewarganegaraan, atau pengalaman kerja), surat lamaran yang tidak lengkap (misalnya, pengejaan tidak tepat, kurang informatif, atau penulisan yang tidak rapi), dan riwayat pelamar yang negatif (misalnya, hukuman karena kejahatan, berbohong di surat lamaran, atau terlalu sering berganti pekerjaan).

Kriteria penyaringan dikembangkan berdasarkan analisis pekerjaan. Analisis pekerjaan adalah sebuah ulasan sistematis tentang persyaratan pekerjaan (Donnelly, Gibson, dan Ivancevich, 1995). Analisis pekerjaan bertujuan untuk mengidentifikasi beberapa aspek dalam pekerjaan:

- Perilaku, tugas, dan hasil kerja yang disyaratkan dari pegawai
- Keahlian, kemampuan, dan pengetahuan yang dibutuhkan
- Persyaratan fisik
- Informasi, teknologi, dan sumber daya yang disyaratkan
- Hubungan interpersonal yang diharapkan
- Tanggung jawab keuangan dan manajerial

Analisis pekerjaan menyediakan informasi yang bermanfaat baik bagi pegawai maupun manajer. Bagi manajer, analisis pekerjaan digunakan untuk menuliskan deskripsi kerja, mewawancarai calon pegawai, menyeleksi kandidat, dan menata kriteria kinerja. Bagi pegawai, informasi dari analisis pekerjaan memberitahu mereka bagaimana cara melakukan suatu tugas dan apa hasil yang diharapkan.

Wawancara

Ketika kandidat yang memenuhi kualifikasi telah teridentifikasi, selanjutnya dibuatlah jadwal wawancara. Kandidat yang memenuhi kualifikasi biasanya diberi peringkat berdasarkan urutan kesukaan pihak perusahaan dan yang menduduki peringkat atas adalah yang pertama menerima

undangan wawancara. Jika tidak diperoleh seorang kandidat dari pelamar di wawancara putaran pertama, putaran kedua dijadwalkan dengan sisa pelamar yang ada.

Persiapan sebuah wawancara penting bagi pewawancara dan pelamar. Berikut ini adalah daftar saran tentang langkah persiapan wawancara:

- *Memberikan informasi tentang posisi yang tersedia kepada kandidat.* Pemberian informasi spesifik tentang deskripsi pekerjaan dan standar kinerja akan sangat bermanfaat bagi calon pegawai karena dapat membantu persiapan wawancara mereka.
- *Mengidentifikasi tujuan wawancara.* Sangat penting untuk menanyakan pada diri sendiri tentang apa yang ingin didapat dari wawancara. Sebagai contoh, jika Anda memiliki kebutuhan mendesak dan segera, Anda mungkin hanya mempertimbangkan pelamar yang bisa bekerja dengan segera. Namun, jika kebutuhan Anda untuk jangka waktu yang lama, Anda mungkin akan menunggu sampai kandidat yang tepat menyelesaikan pendidikan farmasinya atau menyelesaikan komitmen kerja yang dibuat dengan perusahaan lain.
- *Mengulas deskripsi posisi pekerjaan dan standar kinerja.* Deskripsi posisi kerja dan standar kinerja akan membentuk dasar pertanyaan wawancara anda. Contoh deskripsi jabatan dan standar kinerja dapat dilihat pada Tabel 9-2.
- *Mengembangkan daftar pertanyaan wawancara.* Berikan perhatian khusus untuk menilai persyaratan pekerjaan yang dispesifikasikan dalam standar kinerja.
- *Mempelajari surat lamaran dan resume.* Lihatlah prestasi dan sertifikat pada area yang Anda ingin dikembangkan oleh pelamar. Juga perhatikan tentang frekuensi perpindahan kerja, jarak antar pekerjaan, penurunan jabatan, riwayat yang tidak konsisten, atau informasi tidak lengkap pada referensi yang ingin Anda pelajari lebih lanjut.
- *Menjadwalkan wawancara yang tenang dan tidak terganggu.* Jika Anda mengizinkan interupsi dan gangguan terjadi pada saat wawancara akan menunjukkan bahwa Anda tidak menghargai kandidat.
- *Ingatkan rekan kerja yang akan ditemui oleh kandidat sehingga mereka dapat menjadwalkan waktu untuk bertemu*

Sebagian besar wawancara menggunakan langkah yang relatif dapat diprediksi. Langkah awal meliputi perbincangan pendahuluan yang ringan untuk mengkondisikan pelamar agar wawancara berjalan lancar. Beberapa menit awal dapat digunakan untuk membangun hubungan dengan kandidat daripada langsung masuk ke pertanyaan wawancara. Setelah perbincangan ringan, pertanyaan wawancara diajukan kepada kandidat. Saat tahap tanya jawab selesai, pewawancara

Contoh Deskripsi Tugas dan Standar Kinerja untuk Farmasis di Rumah Sakit	
Uraian	Bertanggung jawab terhadap distribusi dan penggunaan obat yang aman untuk pasien, mengawasi teknis, mencatat permintaan, memonitoring penggunaan obat, serta memberikan informasi obat untuk perawat dan dokter.
Kualifikasi	Lulusan S1 (program 5 tahun) atau Lulusan Pasca sarjana dalam bidang farmasi (Pharm.D. atau M.S.) dari pendidikan tinggi farmasi yang telah terakreditasi, diutamakan memiliki pengalaman di farmasi rumah sakit, memiliki izin praktik, atau memenuhi syarat untuk praktik.
Standar Kinerja	
Peracikan	Meracik sesuai dengan peraturan hukum negara dan negara bagian.
Keterampilan klinis dan penilaian profesional	Menggabungkan penilaian berdasarkan aspek klinis, prosedural, dan distributif menggunakan standar praktik yang dapat diterima untuk mencapai luaran pasien yang positif.
Produktivitas	Memprioritaskan pekerjaan untuk menjamin semua tugas dapat diselesaikan sesuai waktu yang ditetapkan.
Pelatihan	Mendorong hubungan yang menguntungkan antara pegawai rumah sakit, pasien, rekan kerja, keluarga, pengunjung, dan dokter. Menerima rantai komando, supervisi, dan kritik yang membangun.
Dokumentasi dan komunikasi tertulis	Mengikuti semua hukum negara dan negara bagian, peraturan <i>regulatory agency</i> (unit pemerintahan) yang memastikan pelaksanaan peraturan dan hukum di bidang industri tertentu (kefarmasian, farmasi, atau farmasi bisnis, ed.), dan kebijakan serta prosedur rumah sakit tentang komunikasi lisan maupun tertulis secara konsisten dengan singkatan yang digunakan seluruh pegawai rumah sakit, dokter, dan pasien.
Supervisi teknis	Memberikan bimbingan dan umpan balik kepada teknis farmasi untuk menjamin kualitas pelayanan dan kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur departemen.
Kehadiran dan ketepatan waktu	Memenuhi semua kebijakan rumah sakit tentang kehadiran dan ketepatan waktu.

menjelaskan dan mempromosikan pekerjaan kepada kandidat. Pada tahap ini, kandidat umumnya bertanya kepada pewawancara tentang pekerjaan yang ditawarkan. Pada tahap akhir wawancara, pelamar mungkin diminta menemui pewawancara yang lain atau diajak melihat fasilitas yang ada.

Wawancara dapat dilakukan dengan beberapa cara yang berbeda. *Wawancara tradisional* mencoba mengajak kandidat dalam diskusi umum tentang diri mereka sendiri. Pertanyaan yang umum yang mungkin terjadi pada wawancara tradisional seperti "Ceritakan sedikit tentang diri Anda" atau "Apa kekuatan dan kelemahan Anda?" *Wawancara situasi (atau bermain peran)*, pelamar diminta secara langsung mendeskripsikan bagaimana mereka menangani sebuah situasi imajiner yang sulit. Sebagai contoh, "Anda adalah manajer apotek, dan salah seorang pegawai mengatakan ada seorang pegawai lain yang mencuri produk. Apa yang akan Anda lakukan?" Wawancara situasi menilai kemampuan kandidat dalam menyelesaikan suatu masalah dan kemampuan komunikasinya. *Wawancara dengan tekanan (stress interviews)* mengubah percakapan sopan yang terlihat pada wawancara tradisional dengan usaha yang disengaja oleh pewawancara untuk melemahkan kandidat melalui pertanyaan yang sangat terus terang (seperti: "Mengapa perempuan seperti Anda ingin bekerja di sini?"), interupsi, dan mencecah dengan

pertanyaan tertentu. Hal tersebut dilakukan untuk melihat persiapan dan kemampuan kandidat dalam menangani stres. *Wawancara perilaku* mencoba mengevaluasi perilaku masa lalu pelamar, pengalaman, dan inisiatif dengan menanyakan kejadian masa lalu dan peran kandidat dalam peristiwa tersebut secara spesifik. Pertanyaan perilaku yang klasik dimulai dengan "Berikan saya contoh ketika Anda..." atau "deskripsikan hal yang paling jelek dari Anda mengenai...." Wawancara perilaku berdasarkan asumsi bahwa perilaku masa lalu dapat memberikan prediksi perilaku pada masa depan dengan sangat baik. Pada banyak kasus, pewawancara menggunakan lebih dari satu gaya wawancara. Perangkat lain yang digunakan beberapa perusahaan untuk menyeleksi kandidat adalah tes kepribadian dan kemampuan yang telah terstandar. Penggunaan perangkat itu berdasarkan sebuah keyakinan bahwa seseorang dengan kepribadian tertentu (misalnya, seseorang yang memiliki gaya kepemimpinan) mungkin sangat cocok untuk posisi tertentu atau mungkin dapat sangat sesuai dengan budaya perusahaan. Dalam keadaan yang sama, seseorang mungkin harus menunjukkan satu atau lebih keahlian tertentu dalam suatu tes kemampuan untuk mencapai kualifikasi minimal dari suatu pekerjaan. Penggunaan tes standar memiliki keterbatasan sehingga beberapa tes mungkin tidak digunakan sampai cakupan besar dalam bidang kesehatan.



Sebagian besar pewawancara memiliki pengalaman terbatas dan cenderung melakukan kesalahan wawancara yang umum (Umiker, 1998). Salah satunya adalah kurang persiapan. Manajer yang sangat sibuk dengan permasalahan mendesak mungkin tergoda menggunakan sangat sedikit waktu untuk mempersiapkan wawancara. Bagaimanapun juga, penghematan waktu yang dilakukan itu bukanlah pilihan jika mengarah pada proses perekrutan yang buruk. Kesalahan lain yang sering kali muncul ketika pewawancara terlalu banyak bicara dan tidak memberikan kesempatan kepada kandidat untuk berbicara. Sulit untuk mengenal kandidat lebih jauh ketika pewawancara bicara. Pada situasi lain, pewawancara menggunakan wawancara untuk tujuan penyelidikan sehingga menekan kandidat untuk menampakkan kekurangannya. Meskipun hal ini mungkin akan mengungkapkan pengetahuan lebih dalam tentang kandidat itu, sangat mungkin bisa mendorong kandidat memilih perusahaan lain. Terakhir, beberapa pewawancara berasumsi bahwa bila kandidat menginginkan pekerjaan itu, tidak perlu ada usaha yang dilakukan untuk meyakinkan kelebihan pekerjaan itu. Kesalahan mana pun dari yang disebutkan di atas dapat membuat kehilangan kandidat yang diinginkan ataupun memilih orang yang salah.

Menyeleksi Kandidat

Selama proses wawancara, penting untuk menyimpan catatan setiap kandidat dengan baik. Sangat penting untuk menyimpan secara rapi detail tentang kandidat dan mendokumentasikan proses seleksi untuk berjaga-jaga sekiranya muncul klaim tentang diskriminasi yang terjadi. Akan lebih baik bila segera menyimpan catatan yang dibuat sampai setelah wawancara dilakukan untuk menghindari mengacaukan perhatian kandidat selama proses wawancara. Akan sangat bermanfaat

jika kita mengembangkan daftar periksa wawancara ketika menyusun catatan wawancara. Tabel 9-3 memperlihatkan beberapa kesalahan wawancara yang sering dilakukan kandidat yang dapat mengeluarkan mereka segera dari pertimbangan lebih lanjut (Medley, 1984).

Pilihan akhir pewawancara seringkali berdasarkan pada seberapa baik seorang kandidat dapat menjelaskan pertanyaan berikut:

- *Apakah orang ini dapat melakukan pekerjaan dasar?* Hal ini menunjukkan kemampuan kandidat untuk berkontribusi terhadap kinerja organisasi. Misalnya, seorang farmasis dalam bidang klinis yang baik, tetapi hanya memiliki pengalaman sedikit dalam peracikan obat mungkin tidak terpilih untuk menempati posisi di ruang lingkup apotek komunitas. Keterampilan klinis yang baik mungkin berguna di apotek, tetapi dasar kemampuan peracikan dasar adalah sesuatu hal yang penting.
- *Seberapa baik keterampilan dan kemampuan kandidat sesuai dengan kebutuhan organisasi?* Kadang kala pegawai terbaik untuk posisi tertentu tidak memiliki kualifikasi terbaik atau yang paling berbakat. Pada banyak keadaan, pegawai terbaik adalah seseorang yang dapat mengisi kekurangan keterampilan dalam organisasi dan melengkapi bakat dari pegawai lain.
- *Akankah kandidat membuat pekerjaan saya menjadi lebih mudah?* Setiap orang memiliki beberapa kepentingan pribadi dalam proses seleksi kandidat. Pelamar yang sukses biasanya memperlihatkan bagaimana mereka akan mampu menyelesaikan masalah individu dan organisasi.
- *Akankah saya ingin bekerja sama dengan orang ini?* Pertanyaan ini berkaitan dengan hubungan yang terbangun antara pelamar dan pewawancara. Jika hubungan yang terbangun baik, kesempatan untuk lolos seleksi akan meningkat secara signifikan.

Proses Mempekerjakan

Pada banyak kasus, seorang kandidat tidak dapat langsung dipekerjakan sampai departemen personalia selesai melakukan pemeriksaan referensi. Jika semuanya dinyatakan dapat diterima, sebuah paket kompensasi (gaji pokok, tunjangan, dan pembayaran lain, ed.) dibuat, dan penawaran kerja akan diberikan. Sekali lagi, penting bagi departemen farmasi dilibatkan dalam proses ini untuk menjamin bahwa penawaran tidak dikelola dengan salah. Sebagai contoh, jika sebuah paket kompensasi yang tidak kompetitif ditawarkan kepada kandidat, pegawai apotek mungkin perlu berargumentasi untuk menawarkan kompensasi yang lebih baik. Ketika seorang pelamar menerima sebuah tawaran posisi, pekerjaan berat HRM dimulai.

Proses mempekerjakan adalah langkah pertama dalam proses HRM. Begitu dipekerjakan, seorang pegawai harus diberikan pelatihan dan umpan balik yang penting untuk melakukan pekerjaan mereka. Ada beragam alasan mengapa pegawai tidak menunjukkan kinerja sebagaimana mestinya. Tabel 9-4 menunjukkan sejumlah alasan tersebut (Fournies, 1999). Peninjauan secara cepat dari daftar tersebut menunjukkan bahwa pegawai tidak mengetahui (1) apa yang harus mereka lakukan atau (2) bagaimana cara mengerjakannya dan/atau (3) mereka diuntungkan bila tidak mengerjakan hal tersebut. Manajer harus menyampaikan pada pegawai apa yang diharapkan dari mereka, melatih mereka mengerjakan hal tersebut, dan memberikan umpan balik tentang seberapa baik yang mereka kerjakan dan bagaimana cara mereka bisa berkembang. Sisa dari bab ini menunjukkan bagaimana pegawai dapat mewujudkan tujuan-tujuan tersebut.

■ PELATIHAN DAN PENGEMBANGAN

Pelatihan

Pekerjaan seorang manajer adalah membantu anggota staf agar bisa meraih kesuksesan dalam pekerjaannya. Satu hal kunci dalam kesuksesan pegawai adalah pelatihan. Tujuan pelatihan adalah membantu pegawai memenuhi tuntutan pekerjaan yang senantiasa berubah. Pelatihan bermanfaat, baik bagi pegawai maupun bagi organisasi. Untuk organisasi, hal ini akan meningkatkan kualitas dan kuantitas kerja yang dihasilkan oleh setiap pegawai. Sedangkan bagi pegawai, hal ini akan membuat pekerjaan menjadi lebih menarik dan

berarti sehingga meningkatkan semangat kerja dan kepekaan untuk berprestasi (Holdford, 2003). Organisasi dengan pelayanan kefarmasian yang paripurna berinvestasi dalam bentuk pelatihan dan pengembangan pegawainya.

Pelatihan dan pengembangan mempunyai tujuan yang berbeda. *Pelatihan* diartikan upaya untuk meningkatkan kinerja pegawai terkait tugas dan pekerjaannya saat ini, sedangkan *pengembangan* menyiapkan pegawai untuk tanggung jawab dan posisi yang baru. Oleh sebab itu, pelatihan sangat penting untuk memenuhi kebutuhan saat ini, sedangkan pengembangan merupakan sebuah investasi untuk keperluan masa mendatang.

Pelatihan memiliki dua bentuk utama, yaitu orientasi dan pelatihan kerja. Tujuan *pelatihan orientasi* adalah untuk menyambut pegawai baru, menghadirkan kesan pertama yang positif, memberikan informasi yang akan membuat mereka menyesuaikan diri dengan tanggung jawab baru mereka, dan membangun harapan awal mengenai kinerja dan perilaku (Umiker, 1998). Termasuk juga membiasakan mereka untuk dapat bekerja sesuai dengan misi perusahaan/departemen, tujuan, norma budaya, dan harapan. Contoh yang dilakukan dalam pelatihan orientasi meliputi pengenalan rekan kerja, pengenalan fasilitas, diskusi tentang keuntungan bagi pegawai, penjelasan tentang kebijakan dan prosedur departemen, diskusi tentang tujuan kinerja dalam pekerjaan, penjelasan harapan perilaku, demonstrasi sistem komputer, dan pelatihan organisasi khusus (contoh, HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), godaan/gangguan seksual, dan diskriminasi). Merupakan ide yang bagus untuk membuat daftar yang berisi semua topik orientasi agar tidak ada yang terlewat.

Pelatihan kerja membantu pegawai yang ada saat ini untuk mempelajari informasi dan keterampilan baru sehingga dapat melakukan pekerjaan mereka dan memperbaiki kemampuan yang mungkin telah menurun selama beberapa waktu. Meskipun farmasis merupakan tenaga profesional yang sangat terlatih, sifat dasar praktik medis dan bisnis yang senantiasa berkembang memerlukan pelatihan berkelanjutan sepanjang karir mereka. Pelatihan kerja merupakan tanggung jawab individu dan organisasi. Contohnya, seorang farmasis mungkin harus menghadiri program pendidikan berkelanjutan yang ditawarkan oleh sekolah farmasi untuk mengisi kesenjangan pengetahuan tentang penyakit dan terapinya. Alternatif lain, seorang farmasis mungkin diminta oleh perusahaan untuk mengikuti pelatihan kerja mengenai cara pelayanan pelanggan untuk memenuhi kebutuhan perusahaan. Pelatihan kerja dapat digunakan untuk membangun kebiasaan (misalnya, manajemen waktu), pengetahuan (misalnya, terapi dengan obat baru), keterampilan (misalnya, monitoring tekanan darah), prosedur (misalnya, menangani klaim asuransi obat), dan kebijakan (misalnya, gangguan seksual).

Alasan Mengapa Pegawai Tidak Selalu Mengerjakan Apa yang Seharusnya Mereka Kerjakan

- Mereka tidak mengetahui apa yang seharusnya mereka kerjakan.
- Mereka tidak mengetahui mengapa mereka harus mengerjakan hal tersebut.
- Mereka tidak mengetahui bagaimana mengerjakan hal tersebut.
- Mereka mengira hal yang lain lebih penting.
- Tidak ada konsekuensi positif bagi mereka jika mengerjakan hal tersebut.
- Tidak ada konsekuensi negatif bagi mereka jika tidak mengerjakan hal tersebut.
- Mereka diberi imbalan untuk tidak mengerjakan hal tersebut.
- Mereka dihukum karena mengerjakan apa yang seharusnya mereka kerjakan.
- Mereka tidak mampu dan tidak akan mampu mengerjakannya sesuai yang diharapkan.
- Mereka memiliki masalah pribadi yang sedang dihadapi.

Sumber: Digunakan dengan izin dari Fournies, 1999.

Organisasi farmasi secara formal ataupun tidak formal mungkin menggunakan suatu bentuk pelatihan yang disebut dengan *rotasi kerja* (yang juga dikenal dengan *pelatihan-lintas*). Rotasi kerja bertujuan untuk memberikan pengalaman yang lebih luas kepada setiap individu dengan bekerja di area yang berbeda dalam suatu organisasi. Di farmasi rumah sakit, sebagai contoh, teknisi yang baru bekerja bisa dilatih mengisi kereta obat, peracikan obat pasien rawat jalan, penyiapan larutan intravena, pengelolaan barang, penagihan dan pembayaran, serta bekerja di satu atau lebih unit satelit apotek. Pelatihan seperti itu dapat memperkaya keterampilan teknisi sehingga membuat mereka bisa bekerja di area manapun yang memiliki staf terbatas, membantu meningkatkan harga diri mereka dan kepekaan untuk berkontribusi pada organisasi (lihat Bab 12 di macam-macam keterampilan dan signifikansi tugas).

Pengembangan

Pengembangan membutuhkan fokus jangka panjang dengan mempersiapkan kebutuhan individu dan organisasi di masa mendatang. Pengembangan profesional secara khas terdiri dari jawaban atas pertanyaan berikut ini: (1) Apa situasi saya saat ini? (2) Apa tujuan akhir saya? (3) Keterampilan, ilmu, dan pelatihan apakah yang saya perlukan untuk mencapai tujuan akhir itu?

Pengembangan berbeda dengan pelatihan karena memerlukan pendidikan dan instruksi dengan intensitas yang lebih besar. Sedangkan pelatihan kerja mungkin cukup dengan program pendidikan berkelanjutan, instruksi saat kerja, dan kursus singkat. pengembangan profesi mungkin memerlukan pendidikan formal dan pengalaman terstruktur seperti kuliah, seminar beberapa hari dan program bersertifikat, residensi, atau *fellowship*.

■ UMPAN BALIK KINERJA

Tipe Umpan Balik Kinerja

Walaupun pelatihan dan pengembangan menyiapkan pegawai untuk pekerjaan masa kini dan masa mendatang, umpan balik kinerja memberitahu tentang seberapa baik mereka bekerja dan bagaimana cara meningkatkan kinerjanya. Manajer biasanya memberikan umpan balik ke pegawai dalam tiga cara. Cara pertama dan paling penting adalah *umpan balik harian* yang diberikan saat kerja. Cara ini merujuk pada pesan verbal dan visual yang disampaikan tiap hari kepada pegawai melalui percakapan, bahasa tubuh, dan perilaku. Komunikasi harian adalah umpan balik kinerja yang paling efektif karena disampaikan secara langsung dan sering. Bentuk lain dari umpan balik manajerial disampaikan lebih jarang dan lama setelah munculnya perilaku yang tidak diinginkan. Berikut

ini adalah daftar saran untuk memberikan umpan balik harian yang berguna kepada pegawai:

- *Melakukan manajemen dengan berkeliling (management-by-walking around, MBWA)*. Metode pendekatan manajemen ini berupa interaksi dengan pegawai di luar kantor atau dari balik meja. Sangat sulit melakukan umpan balik kepada setiap individu tanpa melakukan kontak pribadi yang sering.
- *Saat melakukan MBWA, sedikitlah berbicara dan lebih banyak mendengarkan*. Tujuan MBWA adalah untuk mempelajari apa yang terjadi dalam organisasi serta meminta masukan dan saran dari yang lain. Informasi tersebut selanjutnya ditindaklanjuti untuk memperbaiki organisasi dan kerja pegawai.
- *Fokus pada hal positif*. Mendorong pegawai orang dengan menangkap mereka saat melakukan sesuatu yang benar, *tidak* menangkap saat mereka melakukan sesuatu yang salah. Pegawai telah menerima cukup umpan balik negatif. Kejutkan mereka dengan komentar positif yang spesifik pada aksi yang Anda harapkan mereka lakukan seterusnya, sebagai contoh, "Saya suka bagaimana Anda mengubah cara Anda untuk mendengarkan permasalahan pasien dan mencari solusi terbaik untuk kebutuhan pasien tersebut."
- *Buat catatan*. Ketika orang membuat saran atau Anda membuat janji, tulislah. Berikan batas waktu untuk kembali ke mereka mengenai masalah yang telah didokumentasikan. Kemudian pegang janji Anda untuk menemui mereka pada tanggal tersebut.
- *Buatlah kehadiran Anda bermanfaat bagi setiap individu*. Cobalah tidak membuang waktu orang lain, menginterupsi pekerjaan mereka, rewel, mempersulit segala hal, atau melakukan sesuatu yang membuat pekerjaan harian mereka menjadi lebih sulit. Tujuan MBWA adalah membantu dan mendukung pegawai, *tidak* untuk mengkritisi dan menginspeksi pekerjaan mereka.

Bentuk umpan balik yang kedua berasal dari *ulasan kinerja tahunan (atau semi tahunan)* dari pegawai. Ulasan kinerja tahunan berfungsi sebagai sesi perencanaan jangka panjang yang dimaksudkan agar manajer membantu pegawai mengulas kemajuan mereka sebelumnya, mengidentifikasi kesuksesan dan area yang memerlukan perbaikan, serta membangun target dan tujuan untuk tahun depan (Umiker, 1998). Ulasan kinerja tahunan menambah dan meringkas umpan balik yang diberikan manajer setiap hari. Ulasan kinerja tahunan didiskusikan lebih lanjut di Bab 10.

Bentuk akhir dari umpan balik manajerial berasal dari ulasan ad hoc yang terjadwal untuk merespon kinerja tertentu yang baik maupun yang buruk. *Ulasan kinerja*

ad hoc yang baik didesain untuk memberikan pengakuan kinerja terbaik dan mungkin diikuti dengan pemberian hadiah atau penghargaan. Ulasan *ad hoc* yang buruk didesain untuk menangani perilaku atau kinerja pegawai yang tidak dapat diterima dengan segera. Ulasan *ad hoc* yang negatif ini adalah bagian dari proses yang disebut dengan *pendisiplinan progresif*.

Pendisiplinan Progresif

Pendisiplinan progresif didefinisikan sebagai serangkaian tindakan yang diambil oleh manajemen untuk merespons kinerja pegawai yang tidak dapat diterima. Peran pendisiplinan progresif adalah untuk meningkatkan konsekuensi bagi pegawai dengan kinerja yang kurang dengan tujuan untuk memperbaiki perilaku. Respons manajemen terhadap perilaku yang tidak diharapkan akan bertambah keras sampai pegawai melakukan perbaikan, mengundurkan diri, atau dikeluarkan dari jabatan atau posisinya. Meskipun menghukum adalah hal yang wajar, tujuan pendisiplinan progresif tidaklah untuk menghukum. Adapun tujuannya adalah memperjelas konsekuensi dari perilaku yang tidak memuaskan untuk mendorong perbaikan perilaku. Bagaimanapun juga, dibandingkan dengan kehilangan seorang pegawai melalui pengunduran diri atau pemecatan, perbaikan perilaku adalah hasil yang selalu dikehendaki. Pendisiplinan progresif mungkin diawali dengan respons terhadap perilaku pegawai seperti tidak menghormati pelanggan dan rekan kerja, keterlambatan, ketidakhadiran, kinerja yang tidak memuaskan, dan pelanggaran kebijakan departemen. Pendisiplinan progresif pada umumnya meliputi langkah-langkah berikut: peringatan verbal, peringatan tertulis, skors, dan pemberhentian kerja.

Peringatan Verbal

Peringatan verbal adalah teguran resmi secara lisan tentang konsekuensi dari kegagalan menunjukkan kinerja seperti yang diharapkan. Seorang manajer dapat menegur teknisi jika dia menunjukkan kinerja di bawah harapan dalam hal keterlambatan dan jika kinerjanya tidak diperbaiki, dapat diberikan tindakan penegakan kedisiplinan lebih lanjut. Peringatan verbal merupakan tindakan yang relatif umum dan sering kali merupakan satu-satunya cara yang diperlukan untuk melakukan koreksi terhadap kinerja pegawai yang tidak dapat diterima.

Peringatan Tertulis

Jika seorang pegawai tidak merespons sebuah teguran lisan, akan dikeluarkan sebuah surat peringatan lebih formal dalam bentuk tertulis. *Peringatan tertulis* adalah langkah awal yang formal dalam pendisiplinan progresif yang mungkin berakhir pada pemberhentian seorang pegawai. Perbedaannya dengan

peringatan verbal adalah, peringatan verbal relatif tidak formal karena hanya membutuhkan pencatatan waktu dan tempat pemberian teguran oleh manajer serta apa saja yang didiskusikan. Peringatan tertulis adalah dokumen legal yang dapat digunakan sebagai bukti di kasus pengadilan. Jika seorang pegawai dipecat dan langkah penegakan kedisiplinan tidak ditangani dengan tepat, perusahaan bisa dituntut oleh pegawai tersebut dan mengalami kerugian finansial. Oleh sebab itu, peringatan tertulis harus dibuat dengan hati-hati dengan bantuan pimpinan dan bagian personalia.

Peringatan tertulis harus merinci perilaku yang tidak dapat diterima dengan jelas, peringatan pendahuluan, harapan yang spesifik tentang perilaku di masa mendatang yang ingin diraih pada batas waktu tertentu, dan konsekuensinya jika tidak memenuhi harapan. Contoh, "Anda telah diperingatkan secara lisan tentang keterlambatan pada tanggal 16 Januari. Anda telah terlambat lebih dari ketentuan yang diizinkan pada standar kinerja. Jika Anda terlambat lebih dari dua kali pada bulan depan, Anda diskors selama 1 hari tanpa mendapatkan upah." Seperti ditunjukkan oleh contoh tersebut, penting bagi seorang manajer untuk menyimpan catatan peringatan sebelumnya dengan baik karena data tersebut akan digunakan sebagai dasar peringatan tertulis yang potensial.

Skors

Skors adalah tindakan pemberian hukuman yang bermaksud untuk menunjukkan seriusnya sebuah situasi. Kadangkala peringatan tertulis tidak menghasilkan perbaikan kinerja pegawai dan harus disertai dengan tindakan lain. Skors diartikan sebagai peringatan terakhir bahwa perilaku sekarang tidak dapat diterima. Seperti peringatan tertulis, Skors harus mencantumkan dengan seksama peringatan pendahuluan, persyaratan untuk tindakan selanjutnya, dan konsekuensi bila tidak ada perbaikan perilaku (contoh, pemecatan).

■ PEMECATAN PEGAWAI

Beberapa manajer terkadang ragu untuk memecat pegawai karena dapat merupakan keadaan yang sulit bagi semua yang terlibat. Untuk pegawai yang dipecat itu sendiri, hal ini dapat menimbulkan dampak yang sangat besar pada harga diri, reputasi, dan keuangan pribadi. Sedangkan untuk manajer, hal tersebut dapat merupakan peristiwa penuh emosional yang dapat menghasilkan konfrontasi yang tidak menyenangkan. Pemecatan juga dapat mengarah pada tindakan hukum terhadap bisnis dan manajer sendiri. Oleh sebab itu, beberapa manajer menghindari berhadapan dengan situasi tersebut dengan bersikeras secara salah bahwa hukum dan peraturan membuat pemecatan adalah sesuatu yang mustahil.

Bagaimanapun juga, jika pegawai diberikan standar kinerja yang jelas dan mendapat observasi prosedur pendisiplinan

progresif, memecat pegawai nakal sebenarnya bukanlah prosedur yang sulit. Hal ini berarti setiap tahap yang berujung pada pemecatan haruslah tepat dan terdokumentasi.

Prosedur pemecatan pegawai berbeda-beda karena tergantung kasus yang menyertainya. Untuk pegawai yang baru saja dipekerjakan, yaitu mereka yang masih berada dalam masa percobaan (yaitu, suatu periode percobaan untuk menilai pegawai baru), proses pendisiplinan progresif yang biasa tidak perlu ditindak lanjuti. Pegawai tersebut dapat dipecat kapanpun selama dalam masa percobaan jika jelas terlihat bahwa pegawai tersebut tidak dapat bekerja dengan baik. Tahap peringatan lisan, peringatan tertulis, dan skors tidak perlu dilakukan sebelum pemecatan. Hal yang sama berlaku juga untuk pegawai yang melakukan tindakan yang mengarah pada pemecatan segera, seperti perkelahian saat kerja, penggunaan obat terlarang dan alkohol saat bekerja, pencurian, vandalisme, atau lama tidak masuk kerja tanpa pemberitahuan.

Untuk pegawai yang tidak terjebak dalam situasi tersebut, pemecatan seharusnya tidak terjadi begitu saja. Mengikuti prosedur pendisiplinan progresif seharusnya memberikan gambaran harapan yang jelas tentang apa yang terjadi ketika kinerja tidak membaik. Sebagian besar pegawai akan mengundurkan diri sebelum dipecat. Pegawai yang tidak mengundurkan diri akan diminta untuk menghadiri rapat pemutusan hubungan kerja.

Tepat sebelum rapat pemutusan hubungan kerja, manajer harus yakin bahwa pernyataan di bawah ini adalah benar:

- Pegawai tidak akan dipecat untuk alasan apa pun kecuali karena menunjukkan kinerja yang sangat jelek atau melanggar peraturan utama (mis., pencurian atau perkelahian).
- Alasan pemecatan dapat terukur dan memiliki bukti nyata.
- Pegawai telah diberikan umpan balik spesifik yang terukur dan sesuai fakta terkait buruknya kinerja.
- Kebijakan perusahaan dan prosedur kedisiplinan telah diobservasi dan didokumentasikan.
- Pegawai tersebut telah diberi banyak kesempatan untuk memperbaiki kinerja yang buruk.
- Perlakuan terhadap pegawai konsisten dengan situasi serupa berkaitan dengan kinerja pegawai.
- Departemen personalia telah diberi informasi mengenai seluruh proses penegakan disiplin dan mengetahui rencana pemecatan pegawai. Jika tidak ada departemen personalia, maka harus berkonsultasi pada seorang pengacara.

Sebagian besar perusahaan memiliki prosedur pemutusan hubungan kerja pegawai, sehingga dapat diikuti dengan mudah oleh manajer. Sebagian besar prosedur pemecatan menyaratkan kehadiran seorang saksi mata dalam rapat untuk memverifikasi percakapan dan tindakan.

Tujuan utama rapat pemutusan hubungan kerja adalah memecat pegawai dengan penuh rasa simpati dan penuh etika untuk menjaga harga diri serta kehormatan pegawai. Hal tersebut akan dicapai lebih baik dengan bersikap langsung pada pokok permasalahan dan mengatakan sesuatu seperti, "Anda tidak mencapai tujuan kinerja yang disampaikan pada pertemuan sebelumnya, kami memutuskan untuk memecat Anda dari jabatan."

Pegawai mungkin merespons dengan beberapa cara (misalnya, marah, menangis), tapi respons Anda harus netral. Anda jangan berargumentasi atau mengkritisi pegawai atau terjebak dalam negosiasi apa pun. Penting untuk menyatakan bahwa keputusan tersebut sudah final. Biarkan pegawai tersebut mencurahkan rasa frustrasinya, tetapi jangan sampai muncul perilaku yang kasar dan melanggar hukum. Bersiaplah untuk mendiskusikan pesangon atau mintalah dia mendatangi departemen sumber daya manusia, dan kemudian tutuplah rapat.

Ketika pegawai menjadi bersedih dan tidak dapat berpikir dengan jernih setelah pemecatan, sangat bermanfaat bila kita menawarkan rekomendasi tentang apa yang selanjutnya dapat ia lakukan. Seperti, pegawai tersebut tidak perlu menyelesaikan waktu kerjanya dan semua barang miliknya akan dikemas serta mempersilahkan dia mengambilnya pada hari berikutnya di tempat yang telah ditentukan.

Setelah pemecatan, beberapa langkah final perlu disimpulkan. Dokumentasi tindakan akhir harus dilengkapi dan diarsipkan. Semua orang yang terlibat harus diingatkan tentang kerahasiaan diskusi dan tindakan. Akhirnya, manajer harus merefleksikan bagaimana proses tersebut berjalan dan perubahan apa yang perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya pemecatan lagi.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO MENANGANI HUBUNGAN ANTAR MANUSIA

Masalah Scot Phinney berada di seputar HRM. Tampaknya ada tiga masalah yang saling berhubungan, yaitu (1) Ada tiga lowongan posisi farmasis yang harus diisi, (2) semangat kerja pegawai masih rendah, dan (3) produktivitas dan perilaku pegawai saat ini tidak dapat diterima. Scot telah mengidentifikasi beberapa perilaku pegawai yang menghalangi kinerja unit apotek, seperti seringnya debat pendapat, keluhan yang semakin bertambah, farmasis tidak mengawasi teknisi, serta perilaku kasar dan pelayanan buruk kepada bagian keperawatan. Dia telah memutuskan untuk fokus pada masalah tersebut.

Langkah pertama Scot adalah mengevaluasi pekerjaan dan deskripsi kinerja pegawai saat ini untuk melihat apakah mereka menangani permasalahan perilaku yang

telah dijelaskan sebelumnya. Jika iya, selanjutnya dia dapat menggunakannya untuk menggambarkan bahwa perilaku spesifik yang telah didokumentasikan itu merupakan perilaku yang tidak dapat diterima. Perlu dilakukan pembaruan jika uraian kerja dan standar kinerja tidak mengakomodasi permasalahan perilaku. Dengan kejelasan definisi kerja dan standar kinerja untuk semua pegawai, Scot dapat memulai dialog bersama pegawai tentang perilaku yang diharapkan dengan menggunakan contoh yang spesifik. Seperti, jika seorang farmasis menyatakan bahwa memberikan supervisi teknis bukan pekerjaannya, Scot akan menganalisis standar kinerja yang berhubungan dengan tugas supervisinya. Scot perlu mengomunikasikan harapan yang jelas terhadap pegawai dan memberikan umpan balik dalam bentuk diskusi harian, evaluasi tahunan, dan tindakan penegakan kedisiplinan.

Scot harus menyadari bahwa mengubah kebiasaan pegawai yang sudah mengakar adalah sebuah proses yang panjang sehingga dia harus bersabar dan teguh hati. Beberapa pegawai mungkin tidak menerima usahanya dengan segera dan menolak untuk memperbaiki tingkah laku mereka. Scot akan memberikan tekanan selama pendisiplinan progresif sehingga memaksa mereka untuk berganti atau mencari perusahaan lain. Jika dia bersikap konsisten dan adil, sebagian besar pegawai akan bekerja sama dan mendukung perubahan. Dengan perubahan yang sukses, semangat kerja pegawai seharusnya juga meningkat dan laju perpindahan kerja menurun.

■ KESIMPULAN

HRM yang baik adalah syarat penting untuk menyediakan pelayanan kefarmasian yang sempurna. Personel apotek yang dikelola dengan baik sering kali lebih puas dalam hal pekerjaan, efektivitas, dan produktivitas mereka. HRM yang baik dalam bidang kesehatan akan meningkatkan kemungkinan bahwa pasien akan dilayani dengan lebih baik dan mencapai luaran kesehatan yang lebih baik. Farmasis yang sungguh-sungguh dalam melakukan pelayanan pasien dan memedulkan profesinya perlu berkomitmen pada HRM yang baik.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apa keuntungan potensial dan batasan dari tindakan afirmatif bagi organisasi farmasi?
2. Pengerahuan dan keterampilan apa yang dicari perusahaan dari farmasis?
3. Pertanyaan apa yang mungkin ditanyakan pewawancara kepada kandidat untuk pekerjaan yang digambarkan pada Tabel 9-2?
4. Metode wawancara apa yang menurut Anda paling efektif? Kurang efektif? Mengapa?
5. Kapan seharusnya proses pencarian kerja sebagai farmasis dimulai bagi mahasiswa farmasi? Tindakan apa yang harus diambil?
6. Seberapa efektifkah Anda jika harus melakukan pemecatan pegawai dengan kinerja yang jelek? Mengapa demikian?
7. Pikirkan tentang pencarian kerja terakhir dan pekerjaan anda. Berilah peringkat kinerja perusahaan Anda itu pada bidang
 - a. Perekrutan dan seleksi
 - b. Wawancara
 - c. Orientasi dan pelatihan
 - d. Umpan balik kinerja
8. Tipe umpan balik kinerja apakah yang Anda terima dari perusahaan sebelumnya? Uraikan sebuah contoh spesifik yang baik atau buruk ketika sebuah perusahaan memberikan umpan balik.

REFERENSI

- Donnelly JH, Gibson JL, Ivancevich JM. 1995. Human resource management. In *Fundamentals of Management*, Vol 13, hlm. 444. Chicago: Irwin.
- Fitz-Enz J. 1997. It's costly to lose good employees. *Workforce* 76:51.
- Fournies FF. 1999. *Why Employees Don't Do What They're Supposed to Do and What to Do About It*. New York: McGraw-Hill.
- Holdford DA. 2003. *Marketing for Pharmacists*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Occupational Safety & Health Administration (OSHA), U.S. Department of Labor. 2007. Tersedia di www.osha.gov/; diakses pada 15 Agustus, 2007.
- Medley HA. 1984. *Sweaty Palms: The Neglected Art of Being Interviewed*. Berkley, CA: Ten Speed Press.
- Reynoso J, Moores B. 1995. Towards the measurement of internal service quality. *Int J Serv Ind Manag* 6:64.
- Tkaczyk T, Harrington A, Moskowitz M, Levering R. 2003. The 100 best companies to work for in America. *Fortune* 147:127.
- Umiker W. 1998. *Management Skills for the New Health Care Supervisor*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Weinberg CR, Brushley CD. 1997. Stop the job hop! *Chief Executive* 122:44.

SISTEM PENILAIAN KINERJA

Shane P. Desselle

Tentang Penulis: Dr. Desselle adalah seorang Professor, Associate Dean untuk Tulsa Programs, dan sebagai Chair, Department of Pharmacy; Clinical and Administrative Sciences—Tulsa di University of Oklahoma College of Pharmacy. Dr. Desselle menerima gelar B.S. di bidang farmasi dan Ph.D. administrasi farmasi dari the University of Louisiana di Monroe. Beliau telah berpengalaman praktik di ruang lingkup farmasi komunitas dan farmasi rumah sakit. Dr. Desselle mengajar mata kuliah mengenai sistem pelayanan kesehatan Amerika, ekonomi pelayanan kesehatan, aspek sosial dan perilaku di farmasi praktis, dan metode penelitian. Fokus penelitiannya termasuk sistem penilaian kinerja dalam apotek, kualitas hidup dalam bekerja sebagai teknisi apotek, iklan obat resep langsung pada konsumen, layanan farmasi berbasis *web*, dan desain keuntungan apotek. Dr. Desselle memenangkan Duquesne University School of Pharmacy's President's Award for Teaching di tahun 2003 dan President's Award for Scholarship di tahun 2004 serta dikenal dalam kontribusinya untuk farmasi dengan gelar Fellow of the American Pharmacists Association di tahun 2006.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendiskusikan dasar pemikiran di balik pelaksanaan sistem penilaian kinerja yang sistematis.
2. Mendiskusikan kesulitan dalam menerapkan sebuah sistem penilaian kinerja dalam organisasi farmasi.
3. Mengidentifikasi berbagai jenis proses penilaian kinerja dan mengevaluasi kekuatan dan kelemahan dari tiap jenisnya.
4. Membahas masalah validitas dan reliabilitas dalam konteks mengevaluasi sistem penilaian kinerja.
5. Menjelaskan bagaimana melakukan wawancara penilaian kinerja dan bagaimana menangani perselisihan yang mungkin timbul selama atau sesudah wawancara.
6. Mendiskusikan hubungan dari hasil penilaian kinerja dengan alokasi pemberian imbalan organisasional yang tepat.

■ SKENARIO

"Apa?" tanya Marcus Green dengan tegas. "Kau pasti bercanda! Itu tidak adil. Aku sudah di sini selama 3½ tahun, dan aku cuma menerima sekali kenaikan gaji dan nilainya tidak

seberapa. Mengapa ia mendapatkan kenaikan gaji lagi? Gajinya mungkin lebih daripada aku, padahal dia baru 1 tahun lebih sedikit di sini." Dengan wajah cemas, Marcus merendahkan suaranya dan bertanya pada temannya di meja makan siang, "Dari mana sih kamu mendengar hal ini? Ah, sudahlah. Aku tidak ingin membahas lebih jauh lagi," Marcus meletakkan alat makannya sampai berbunyi setelah selesai menghabiskan sisa makan siangnya dan buru-buru meninggalkan meja.

Rekan sesama asisten apoteker Marcus di Rumah Sakit Komunitas juga sama kecewanya karena katanya Susan Klecko telah menerima kenaikan gaji lagi, tetapi mereka tidak yakin bahwa mereka telah melakukan hal yang benar dengan menceritakan hal itu kepada Marcus. Marcus yang telah bekerja di Rumah Sakit Komunitas selama hampir 4 tahun, umumnya dianggap sebagai "asisten terbaik" di apotek. Dia melayani resep dua kali lebih cepat daripada orang lain, selalu datang tepat waktu, dan selalu sigap menggantikan bila ada teknisi lain yang sakit, meskipun ia mungkin sedikit lebih rentan untuk membuat kesalahan peracikan dan juga dikenal sebagai seorang "pemarah." Susan, di sisi lain, tampaknya menjadi "kesayangan bos." Memang, ia dianggap sebagai orang menyenangkan yang mudah bergaul dengan semua orang, terutama dengan sang direktur, Cynthia Broedl, yang memiliki ketertarikan yang sama dalam bidang puisi dan teater.

Marcus terus merasa kesal sepanjang sorenya. Dia tidak benar-benar *merasa* ingin mencari pekerjaan lain, menghubungi seseorang mengenai pekerjaan lain, mengisi formulir aplikasi pekerjaan, dan melakukan wawancara kerja lagi, tetapi ia juga tidak mengerti mengapa asisten lain diberikan imbalan berupa kenaikan gaji di apotek Rumah Sakit Komunitas lebih sering daripada dirinya. Dia bertanya-tanya mana kinerjanya yang tidak sesuai standar. Dia tidak dipanggil kembali untuk dievaluasi secara formal selama lebih dari 2 tahun, ketika ia dan Ms Broedl mengadakan pembicaraan mengenai kesan bahwa ia sering kali harus mengerjakan tugas farmasis yang "tidak melakukan pekerjaan mereka." Sementara itu, Terrence Whitfield, wakil direktur, muncul di kantor Cynthia untuk mendiskusikan kelegaannya karena eksodus staf selama beberapa bulan belakangan terlihat telah berakhir.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apa yang dimaksud dengan sistem penilaian kinerja? Apa kaitan penilaian formal dengan motivasi pegawai, produktivitas, dan pindah pekerjaan?
2. Apa perbedaan antara sistem absolut, relatif, dan sistem berorientasi tujuan untuk menilai kinerja pegawai?
3. Penilaian macam apa yang biasanya dilakukan dalam lingkungan apotek? Bagaimana cara sistem penilaian ini diperbaiki?
4. Bagaimana mekanisme penilaian kinerja formal dilaksanakan? Apa sajakah strategi untuk memaksimalkan efektivitas wawancara penilaian?
5. Bagaimana harusnya penilaian kinerja dihubungkan dengan alokasi imbalan dari organisasi? Apa sajakah strategi imbalan inovatif yang dapat digunakan untuk mengoptimalkan kepuasan dan produktivitas pegawai?
6. Apa perbedaan antara umpan balik kinerja formal dan informal? Mengapa frekuensi dan keteraturan umpan balik informal begitu penting? Apa sajakah metode untuk memberikan umpan balik informal?

■ APA YANG DIMAKSUD PENILAIAN KINERJA?

Hampir setiap praktisi dan banyak siswa yang membaca teks ini secara virtual telah ikut berpartisipasi dalam diskusi atau mengetahui sebuah diskusi yang mirip dengan kondisi yang terjadi pada awal skenario. Farmasis dan staf pendukung apotek biasanya adalah pekerja keras, orang jujur yang menginginkan hal terbaik bagi pasien mereka. Namun, seperti orang lain kebanyakan, mereka ingin diperlakukan dengan setara dan kompensasi yang adil untuk pekerjaan mereka.

Skenario tersebut memunculkan pertanyaan tentang syarat seorang teknisi dikatakan "baik". Apakah ketepatan waktu, dedikasi, dan kerja keras adalah atribut yang paling dihargai oleh manajemen, atau apakah kolegialitas dan keramahan mereka? Apa yang lebih penting—kuantitas atau kualitas pekerjaan yang dilakukan? Skenario sebelumnya menimbulkan beberapa persoalan tambahan. Apakah pegawai tertentu mendapatkan perlakuan istimewa karena mereka memiliki suatu kesamaan dengan orang-orang dalam posisi manajemen? Apa yang dirasakan oleh pegawai apotek lainnya tentang bagaimana cara mereka diperlakukan dan diberikan kompensasi oleh pimpinan mereka? Mengapa begitu banyak pegawai meninggalkan apotek di Rumah Sakit Komunitas sebelumnya? Apakah direktur dan wakil direktur tahu apa yang Marcus rasakan dan bahwa ia sedang mempertimbangkan untuk berhenti juga? Apa yang dipikirkan oleh farmasis di Rumah Sakit Komunitas tentang situasi itu?

Sebagai manusia, kita cenderung untuk lebih memperhatikan hal-hal yang berkaitan dengan kesukaan kita, keluarga, dan orang-orang terkasih terdekat kita. Fokus perhatian orang dengan dirinya sendiri, termanifestasi dalam banyaknya kepribadian yang ada di antara kita, pada kenyataannya sesekali pasti menyebabkan terjadinya ketidakpuasan di antara pegawai. Ketidakpuasan itu, ditambah dengan perubahan hidup terus menerus (misalnya, kelahiran anggota keluarga baru, penyakit, kematian, atau peluang-peluang baru) pasti akan menimbulkan tingkat perpindahan kerja yang berada di luar kendali manajemen dalam organisasi mana pun.

Kurangnya rencana yang baik, pelaksanaan yang baik, dan keadilan dalam sistem penilaian kinerja adalah sumber utama ketidakpuasan pegawai, bagaimanapun *ini* akan baik jika berada dalam kontrol manajemen.

Secara sempit, *penilaian kinerja* didefinisikan sebagai penilaian formal mengenai seberapa baik pegawai melakukan pekerjaan mereka, akan tetapi pengertiannya lebih dari itu. Penilaian kerja adalah cara mengomunikasikan misi dan tujuan organisasi secara formal, sebuah dasar untuk membangun saluran-saluran komunikasi informal, suatu metode yang akan menjadi dasar pemberian imbalan oleh organisasi, dan sebuah alat untuk meningkatkan kinerja tiap-tiap dan setiap pegawai di dalam organisasi. Sayangnya, penilaian kinerja adalah fungsi yang seringkali diabaikan. Manajer menyebutkan bahwa penilaian kinerja (juga dikenal sebagai *ulasan kinerja*) sebagai aktivitas paling kurang favorit (Campbell dan Barron, 1982). Perancangan, pelaksanaan, dan pemantauan sistem penilaian kinerja menyajikan banyak tantangan berat. Bab ini akan terlebih dahulu membahas lebih dekat mengapa penilaian kinerja formal sangat penting untuk organisasi farmasi. Kemudian akan memberikan beberapa pengetahuan berupa berbagai metode penilaian formal yang ada, memberikan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian dari tiap-tiap metode. Status penilaian kinerja dalam farmasi akan disoroti, termasuk beberapa contoh metode sistem penilaian kinerja yang patut ditiru dari literatur. Lalu akan berlanjut dalam sebuah diskusi tentang bagaimana melakukan penilaian kinerja dan membuat penilaian tentang pegawai yang dievaluasi secara akurat serta dapat diandalkan. Bab ini diakhiri dengan informasi mengenai bagaimana menghubungkan kinerja pegawai dengan imbalan dari organisasi dan bagaimana memberikan umpan balik informal untuk memotivasi para pegawai ketika mereka tidak sedang dievaluasi secara resmi.

■ DASAR PEMIKIRAN SISTEM PENILAIAN KINERJA FORMAL

Sebagaimana ditunjukkan dalam Bab 8 dan 9, sumber daya manusia adalah aset apotek yang paling berharga. Upah pegawai diperhitungkan sebagai salah satu pengeluaran operasional apotek yang lebih besar (lihat Bab 15). Pegawai, bagaimanapun, tidak boleh dipandang sebagai beban biaya tetapi sebagai aset penting bagi keberhasilan organisasi. Konsekuensi dari pelaksanaan suatu sistem penilaian kinerja yang baik memengaruhi sebagian besar keputusan sumber daya manusia. Tabel 10-1 merangkum beberapa poin penting tentang perlunya penilaian kinerja.

Dasar Pemikiran untuk Mengimplementasikan Penilaian Kinerja yang Efektif

Hukum

- Title VII dari Civil Service Reform Act
- Diskriminasi usia dalam Employment Act

Komunikatif

- Memastikan pemahaman manajer dan pegawai mengenai harapan kinerja
- Memberikan tujuan formal bagi pegawai untuk mengutarakan kekhawatiran dan memberikan saran bagi pengembangan sistem
- Mengindikasikan komitmen manajemen untuk membuka saluran komunikasi
- Meningkatkan produktivitas pegawai
- Mengurangi absensi pegawai
- Membangun lingkungan kondusif untuk melayani diri
- Mengembangkan pegawai untuk memecahkan masalah
- Meningkatkan kepuasan dan menumbuhkan komitmen pegawai
- Mengurangi perpindahan kerja

Keadilan dalam Imbalan

- Memberikan tujuan untuk keakuratan dan keadilan distribusi imbalan keorganisasian
- Memberikan pengakuan untuk jasa yang telah lalu
- Membantu untuk membangun dukungan bagi pemecatan pegawai "bermasalah" atau yang kurang kinerjanya

Fungsi Manajerial lainnya

- Menyediakan bukti untuk tinjauan permasalahan organisasional dan sistem
- Menyediakan data rekrutmen dan prosedur seleksi
- Identifikasi kekurangan dalam program orientasi dan pelatihan

Posisi Keuangan

- Membantu mengurangi biaya operasional
- Menghindari proses pengadilan yang mengeluarkan banyak biaya
- Mengurangi biaya penggantian

Hukum

Penilaian kinerja diperlukan untuk mendokumentasikan kemajuan pegawai dalam hal pencapaian tujuan dan memperhatikan nasihat dari manajemen tentang cara untuk meningkatkan kinerja. Dokumentasi yang diperlukan untuk menunjukkan keadilan dalam tindakan promosi dan penghentian (pemecatan). Title VII dari Civil Service Reform Act menunjukkan penitikberatan perhatian mengenai isu penilaian (Martin dan Bartol, 1991). Title VII adalah undang-undang federal yang berlaku dan mengatur seterusnya secara

konstitusional mengenai perlindungan kelas-kelas tertentu ketika berkaitan dengan pekerjaan, termasuk agama, asal-usul kebangsaan, ras atau warna kulit, dan jenis kelamin (Blackwell et al., 1996). Seorang pegawai dapat melakukan klaim Title VII berdasarkan perlakuan yang berbeda, dampak yang berbeda, atau pembalasan dendam (lihat Bab 12). Dengan demikian, penuntut harus menunjukkan bahwa perekrutan, pemberian promosi, atau pemecatan secara signifikan berdampak buruk terhadap anggota kelas yang dilindungi. Haruskah apotek disalahkan oleh siapa pun karena hal tersebut, ada sedikit pembelaan untuk mengatasi tuntutan ini, khususnya *bona fide occupational qualification* (BFOQ). Dengan BFOQ, apotek harus menunjukkan bahwa pegawai yang melakukan tuntutan tidak dapat melakukan tugas pekerjaan penting dengan aman dan efektif. Setelah menerapkan sistem penilaian kinerja formal, apotek memiliki dokumentasi penting yang menunjukkan kurangnya kinerja pegawai dan bahwa pegawai telah cukup diberikan peringatan bahwa kegagalan perbaikan kinerja akan menghasilkan konsekuensi tertentu (mis., penghentian/pemecatan, tidak mendapatkan promosi atau peningkatan gaji, dll.).

Komunikatif

Seorang pegawai biasanya akan mengetahui apa yang diharapkan darinya selama proses penilaian kinerja. Harapan ini mungkin telah dikomunikasikan ataupun tidak dikomunikasikan secara memadai selama proses perekrutan, pelatihan, atau umpan balik informal. Proses penilaian kinerja memberikan kesempatan bagi pihak manajemen untuk memberi tahu pegawai mengenai pentingnya peran mereka dan tanggung jawab pada organisasi serta bagaimana kinerja mereka akan diukur, dengan demikian mengurangi kemungkinan *tekanan peranan* di antara pegawai (Eulburg, Wekley, dan Bhagat, 1988). Tekanan peranan biasanya dipandang sebagai sesuatu yang memiliki dua komponen: ambiguitas peran dan konflik peran. *Ambiguitas peran* terjadi ketika seorang pegawai tidak yakin tentang tanggung jawabnya. *Konflik peran* adalah kejadian simultan dua atau lebih harapan peran (Kong, Wertheimer, dan McGhan, 1992). Prevalensi konflik peran dan ambiguitas peran telah banyak dipelajari di apotek (Desselle dan Tipton, 2001; Kong, 1995; Smith, Branecker, dan Pence, 1985). Tidaklah sulit untuk membayangkan kejadiannya. Dalam sebuah apotek rumah sakit, misalnya, teknisi dapat berada dalam kebingungan terus-menerus mengenai siapa yang bertanggung jawab untuk membersihkan *laminar air hood*, memberikan obat ke *floor*, dan mengerjakan perintah atau resep. Dalam sebuah apotek komunitas, peran yang saling bertentangan untuk farmasis mungkin terjadi karena tuntutan dari manajemen untuk meningkatkan volume resep sementara itu juga harus menghabiskan lebih banyak waktu untuk konseling setiap pasien.

Jika telah jelas bagi seorang manajer bahwa memang produktivitas di antara seluruh staf memburuk, ia dapat mengumpulkan informasi selama proses penilaian kinerja yang dapat menyebabkan perubahan konstruktif dalam aspek non-personel dari bisnis (misalnya, desain alur kerja). Dalam peristiwa apapun, dialog yang berasal dari proses penilaian memberikan data *untuk* para manajer serta data *untuk* pegawai *dari* manajer.

Penilaian kinerja telah semakin digunakan untuk mengomunikasikan dan menanamkan nilai-nilai organisasi kepada pegawai. Sebuah sistem penilaian dapat dirancang untuk mencerminkan misi perusahaan dengan memasukkan kriteria kinerja yang dianggap penting bagi organisasi (Park dan Huber, 2007). Kriteria tersebut dapat ditulis sebagai kompetensi khusus di antara pegawai yang diperlukan untuk mengubah seluruh pendekatan organisasi ke bisnisnya (Kalb et al., 2006). Banyak organisasi farmasi menekankan kebutuhan untuk meningkatkan proses penggunaan obat dan mengurangi kesalahan obat sebagai bagian dari budaya mereka. Dengan demikian, mereka memasukkan nilai-nilai ini ke dalam sistem penilaian kinerja (Schneider, 1999).

Produktivitas Tenaga Kerja

Alasan utama untuk melakukan penilaian adalah untuk meningkatkan kinerja. Selama proses penilaian, pegawai harus diberikan umpan balik mengenai kekuatan mereka dan bagian dari kinerja mereka yang memerlukan perbaikan. Saran untuk perbaikan dapat merujuk pada wilayah kompetensi umum atau peran atau fungsi yang sangat spesifik. Umpan balik ini, digabung dengan komponen penilaian lain (misalnya, distribusi yang adil dalam pemberian imbalan dan perencanaan karir), memberikan tujuan-tujuan spesifik yang mungkin akan berusaha keras dicapai oleh pegawai kelak. Dikatakan bahwa manajer tidak dapat memotivasi pegawai, tetapi manajer dapat membangun lingkungan yang kondusif untuk motivasi diri (Umiker, 1998, hlm. 133). Jadi seorang supervisor tidak bisa memaksa atau memperdayai para pegawai agar menjadi pegawai yang berkinerja baik. Penilaian kinerja yang direncanakan dengan baik dapat membuat pegawai sadar akan apa yang mereka harus lakukan agar dinilai berkinerja baik dan menyerahkan kepada mereka sendiri untuk memilih berjuang dan mencapai tujuan tersebut.

Umpan balik dan dialog terbuka yang terdapat dalam penilaian kinerja berharga bagi proses perencanaan karir. Perencanaan karir membantu pegawai untuk merumuskan tujuan-tujuan pribadi dan mengevaluasi strategi untuk mengintegrasikan tujuan mereka dengan tujuan organisasi. Hal ini penting karena sedikit sekali orang yang bekerja dalam pekerjaan yang sama sepanjang karier mereka, mereka sering berganti-ganti pekerjaan dalam satu organisasi dan/atau organisasi lain. Ketika perubahan ini tidak dipertimbangkan

dengan baik, baik individu maupun organisasi akan merugi (Griffin, 1996, hlm. 403). Perencanaan karir menjadi informasi bagi pegawai bahwa mereka cukup dihargai oleh manajemen karena ikut dipertimbangkan dalam rencana jangka panjang organisasi. Perencanaan karir telah semakin diusulkan untuk digunakan di kalangan teknisi apotek (Desselle dan Holmes, 2007) dan farmasis (Gaither et al., 2007). Bab 12 memberikan detail tambahan mengenai perencanaan karir.

Pegawai mungkin lebih cenderung puas dengan pekerjaan mereka jika mereka telah memiliki umpan balik dan tujuan yang spesifik untuk dicapai. Diketahui bahwa kepuasan terhadap proses penilaian kinerja itu sendiri sangat erat hubungannya dengan kepuasan kerja secara keseluruhan (Blau, 1999), yang mendahului komitmen terhadap perusahaan (Gaither dan Mason, 1992a) dan menghindari mahal biaya akibat perpindahan kerja (Gaither dan Mason, 1992b). Tingkat perpindahan kerja yang tinggi seringkali membuat jumlah staf dalam organisasi kurang untuk sementara sehingga menciptakan lebih banyak tekanan bagi pegawai yang ada. Ini juga mengakibatkan manajemen harus menyumbangkan banyak waktu untuk merekrut, memilih, dan melatih pegawai baru dibandingkan melakukan kegiatan-kegiatan lain yang lebih produktif bagi organisasi.

Keadilan Dalam Pemberian Imbalan

Salah satu faktor utama dalam menyediakan lingkungan yang kondusif untuk motivasi diri adalah dengan mendistribusikan imbalan secara adil. Alokasi imbalan (misalnya, promosi dan kenaikan gaji) tidak dapat sewenang-wenang atau bahkan dianggap sewenang-wenang oleh staf, seperti yang mungkin terjadi dengan kasus Marcus Green dalam skenario. Bukti menunjukkan bahwa pegawai di perusahaan jasa, seperti apotek, yang memiliki sistem penilaian kinerja dan pemberian imbalan yang adil akan memperlakukan pelanggan dengan lebih baik (Bowen, Gilliland, dan Folger, 1999).

Banyak sistem penilaian kinerja memungkinkan manajer untuk menilai pegawai berdasarkan sekumpulan atribut tertentu atau memberi peringkat setelah dibandingkan dengan pegawai lain dengan tugas yang sama. Kuantifikasi kinerja ke dalam bentuk skor atau peringkat merupakan dasar pemberian imbalan. Puncak dari serangkaian penilaian kinerja yang diambil selama beberapa tahun dapat digunakan sebagai alat bantu untuk menghargai pegawai dengan kinerja terbaik lewat imbalan yang luar biasa (misalnya, sebagai hadiah, plakat, atau penggantian biaya perjalanan ke konferensi) yang melebihi peningkatan prestasi tahunan.

■ FUNGSI LAIN MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA (HUMAN RESOURCES MANAGEMENT, HRM)

Proses penilaian kinerja secara inheren menghasilkan cukup banyak data untuk manajer. Kinerja buruk suatu kelompok atau seluruh unit personel mungkin menunjukkan kurangnya arahan dengan segera dari supervisor atau kurangnya sumber daya yang memadai bagi pegawai untuk melakukan pekerjaan mereka. Jika bukan karena masalah organisasi atau masalah sistem, kekurangan sejumlah besar pegawai mungkin dikarenakan manajemen telah menjadi tidak efektif dalam merekrut dan memilih pegawai atau mungkin tidak efektif dalam orientasi dan pelatihan kerja, terutama jika pegawai yang berprestasi rendah adalah pegawai baru (lihat Bab 9).

Posisi Keuangan

Produktivitas yang tinggi diterjemahkan sebagai efisiensi dan pengurangan biaya tenaga kerja. Sebagai contoh, apotek A mungkin dapat melayani rata-rata 200 resep per hari dengan 10 jam kerja pegawai per minggu lebih sedikit dibanding apotek B tanpa adanya stres atau kelebihan beban. Penghematan 10 jam kerja itu akan mengurangi beban biaya bagi apotek A dan dengan demikian akan meningkatkan keuntungan. Selain itu, penilaian kinerja yang baik akan mencegah organisasi dari pengeluaran sejumlah besar uang akibat tuntutan hukum pegawai yang mengalami prosedur pemecatan yang tidak sesuai sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya. Terakhir, sistem penilaian kinerja efektif dalam menekan angka perpindahan kerja, penghematan biaya inilah yang seharusnya digunakan untuk perekrutan dan pelatihan pegawai baru.

■ JENIS PENILAIAN KINERJA

Ada sejumlah sistem penilaian kinerja yang digunakan. Sistem ini dirangkum dalam Tabel 10-2. Metode penilaian kinerja biasanya dikategorikan menjadi tiga jenis: absolut, relatif, dan berorientasi hasil (Segal, 1992).

Sistem Absolut

Sistem absolut mengharuskan penilai untuk menunjukkan apakah pegawai memenuhi kriteria kinerja seperti yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal ini biasanya melibatkan

Penilaian Kinerja serta Keuntungan dan Kerugiannya			
Sistem	Gambaran Singkat	Keuntungan	Kerugian
Relatif			
Peringkat alternatif	Penilai menyeleksi pegawai yang memiliki nilai terbaik dan terburuk dari sisa pegawai lainnya	Mengeliminasi toleransi dan kecenderungan sentral	Umpan balik terbatas; persepsi bias
Pembandingan pasangan	Untuk tiap kriteria, setiap pegawai dibandingkan dengan pegawai lain	Memberikan umpan balik yang objektif	Umpan balik terbatas
Distribusi dipaksakan	Penilai mengkategorikan pegawai dalam 1 dan 2 kelompok berdasarkan kesesuaian mereka dengan standar organisasi	Mengelminasi toleransi dan kecenderungan sentral	Umpan balik terbatas; terjadi ketidaksesuaian
Absolut			
Esai	Penilai menyiapkan pernyataan tertulis yang menggambarkan kekuatan dan kelemahan pegawai	Memberikan data yang beragam	Terjadi perbedaan standar antar penilai; kurang objektif
Isi-ben-berting	Penilai menyimpan catatan kejadian-petilaku pegawai yang berdiskusi baik positif maupun negatif	Berasal dari data yang dapat diobservasi	Memeratakan dan meniadakan subyektifitas
Daftar perilaku	Penilai menuliskan beberapa perilaku yang dianggap baik pegawai dengan pegawai lain	Walaupun tidak memberikan informasi yang akurat tentang perilaku pegawai	Kurang reliabel
Penilaian langsung	Penilai menyatakan secara langsung sikapnya terhadap perilaku pegawai dalam suatu wawancara	Subyektifitas; perbedaan standar antar penilai; cenderung menilai pegawai yang disukai	Umpan balik terbatas; penilaian yang tidak akurat
Skala penilaian berjangka	Penilai menggunakan skala yang anggar deskriptif untuk menyatakan kecenderungan pegawai melakukan perilaku yang diinginkan	Kuantitatif; sederhana; tidak banyak kesalahan	Kecenderungan sentral; perbedaan standar antar penilai
Umpan balik terarah	Pegawai menuliskan perilaku mereka dalam pedoman pegawai yang disediakan oleh atasan yang bersangkutan	Pemberian umpan balik yang langsung; pegawai dapat mengidentifikasi masalahnya	Memeratakan dan tidak waktu; terpeluang; penilaian yang tidak akurat
Pilihan dipaksakan	Penilai membuat pernyataan sikapnya terhadap pegawai yang bersangkutan	Walaupun langsung	Memeratakan dan tidak waktu; terpeluang; penilaian yang tidak akurat
Observasi			
Manajemen berdasarkan standar	Penilai membuat tujuan perilaku tertentu yang akan dicapai oleh pegawai dan perilaku dievaluasi berdasarkan keabsahannya	Kekuatan tinggi; motivasi karena insentif	Pegawai dievaluasi dengan standar berbeda
Pemeriksaan standar kerja	Penilaian terhadap standar dan ingkapsasi yang diharapkan serta membandingkan kinerja pegawai dengan standar yang ada	Evaluasi lebih terarah	Standar mungkin dinilai tidak adil

penggunaan suatu skala atau indeks. Sistem absolut adalah metode yang paling umum digunakan di antara ketiga jenis metode penilaian kinerja (Byars dan Rue, 2000, hlm. 277). Keuntungan utama yang dimiliki sistem absolut lebih daripada jenis metode penilaian lainnya adalah umpan balik dari proses yang diperoleh secara inheren. Memungkinkan pegawai untuk melihat bagaimana mereka dievaluasi berdasarkan kriteria yang dianggap penting oleh manajemen sehingga mereka dapat mempelajari kekuatan mereka dan bagian mana yang memerlukan perbaikan.

Ada dua jenis sistem absolut yang *tidak* menggunakan prosedur pemeringkatan. Salah satunya adalah *metode esai* yang berupa tanggapan penilai terhadap serangkaian pertanyaan-pertanyaan terbuka yang singkat mengenai kinerja pegawai, seperti, "Apa kekuatan pegawai?" dan "Bagaimana pegawai ini bergaul dengan rekan kerjanya?" Dengan membiarkan penilai menyertakan apa yang menurutnya paling penting, akan lebih memperkaya data daripada menggunakan peringkat. Meskipun demikian, akan lebih sulit untuk menerjemahkan data tersebut ke dalam bentuk jumlah numerik untuk tujuan mengalokasikan imbalan dan menyampaikan tujuan organisasi. Selain itu, perbedaan dalam detil dan kemampuan menulis di antara para penilai dapat menyebabkan bias dalam proses. Metode kedua, *penilaian insiden-penting*, dapat mengurangi sejumlah kekhawatiran mengenai subjektivitas penilaian karena menyaratkan penilai untuk mencatat kejadian penting yang terjadi (baik positif maupun negatif). Kejadian ini menjadi dasar evaluasi. Akan tetapi, pokok data masih membutuhkan interpretasi, dan menyimpan catatan detil seperti itu tidaklah praktis. Pegawai yang melakukan tugas "tetap" mungkin akan mengeluhkan kegagalan evaluasi ini untuk menangkap kinerja terbaik mereka.

Daftar periksa adalah salah satu dari tiga jenis metode skala penilaian total (*summated scale rating method*). Dalam metode itu, seorang penilai akan menetapkan tingkat kinerja pegawai berdasarkan daftar kriteria tertentu. Nilai dari tiap-tiap kriteria tersebut kemudian dijumlahkan menjadi total skor pegawai. Daftar periksa itu akan memudahkan penilai menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang apakah pegawai memperlihatkan karakteristik tertentu dengan jawaban ya atau tidak. Pegawai mendapatkan poin ketika penilai memberikan tanggapan afirmatif terhadap karakteristik yang diinginkan atau tanggapan negatif terhadap karakteristik yang tidak diinginkan. Walaupun secara indikatif menunjukkan perilaku khusus pegawai dan mudah dilengkapi oleh penilai, daftar periksa ini mengabaikan tingkat kinerja di sekitar kriteria kinerja. Cara ini menjadi kurang teliti dan tidak menghasilkan umpan balik sebanyak metode skala penilaian total lainnya.

Penilaian *peringkat grafis*, di sisi lain, memiliki penilai yang menilai tingkat kinerja menggunakan skala, biasanya dari satu sampai lima atau satu sampai tujuh. Terkadang

peringkat grafis dilengkapi dengan deskripsi tertulis bersama dengan kisaran angkanya. Contohnya bisa dilihat dalam Tabel 10-3.

Walaupun metode tersebut memiliki kelebihan karena presisi dan umpan balik yang besar, penilaian peringkat grafis, seperti banyak sistem absolut lainnya, rentan terhadap bias penilai. Salah satunya adalah *kecenderungan sentral*, yang terjadi ketika penilai menilai tiap pegawai dengan skala penilaian yang berada di nilai tengah atau dekat dengan nilai tengah atau menilai pegawai dengan nilai yang serupa karena takut menyebabkan kecemasan atau perasaan tidak adil di antara pegawai. Dengan *toleransi kesalahan*, penilai tidak hanya menilai pegawai dengan skala yang serupa, tetapi juga menilai mereka dengan skala kinerja yang paling tinggi. Beberapa penilaian peringkat grafis memiliki lebih banyak kriteria berupa sifat khas bukan indikator kinerja spesifik. Meskipun sifat khas terwujud ke dalam bentuk perilaku tertentu, sifat-sifat itu merupakan karakter bawaan setiap orang. Untuk tujuan ini, para manajer harus menghindari mengevaluasi seorang pegawai berdasarkan karakteristik seperti penampilan, pengetahuan, atau keramahan tanpa menentukan bagaimana hal ini diterjemahkan menjadi kinerja sebenarnya. *Efek halo* terjadi ketika penilai membiarkan satu karakter menonjol seorang pegawai memengaruhi penilaiannya pada bagian terpisah lainnya dalam poin penilaian. Sebagai contoh, seorang teknisi yang sangat ramah mungkin akan diberi nilai lebih tinggi kinerjanya daripada seseorang yang bukan termasuk orang dengan pembawaan ramah meskipun aspek kerja lainnya bagus. Efek halo memang bisa menimbulkan masalah untuk semua jenis sistem penilaian, terutama ketika sifat yang digunakan sebagai kriteria dalam skala penilaian grafis.

Metode penilaian kinerja *skala penilaian berjangkar perilaku* (*behavior-anchored rating scale*, BARS) dirancang lebih spesifik untuk menilai perilaku yang diperlukan untuk kinerja yang sukses. Sebagian besar metode BARS menggunakan istilah *dimensi kerja* yang berarti kategori yang luas tentang tugas dan tanggung jawab dalam suatu pekerjaan, yang membutuhkan pengembangan skala yang khas untuk tiap-tiap dimensi. Manajer sering mengembangkan BARS bersama dengan pegawai yang berpengalaman. Sebuah contoh tentang bagaimana aplikasi BARS bagi teknisi apotek komunitas saat berinteraksi dengan pelanggan digambarkan dalam Tabel 10-4. Sistem BARS cocok untuk memberikan umpan balik berkualitas, terutama jika dilengkapi dengan komentar kualitatif tentang bagaimana cara untuk memperbaiki diri. Kekurangannya adalah waktu dan usaha yang diperlukan untuk mengembangkan penilaian BARS yang efektif.

Umpan balik 360 derajat lebih umum digunakan untuk organisasi yang lebih besar dari ritel atau apotek, juga dikenal sebagai *penilaian multi-penilai*, melibatkan penggunaan skala penilaian total atau pertanyaan-pertanyaan tertutup yang

Contoh Skala Penilaian Berjangkat Perilaku dalam "Melayani Konsumen" di Apotek Komunitas

Skala	Nilai	Jangkar
1.	Buruk	Interaksi buruk dengan pelanggan yang sering komplain tentang pegawai itu, pegawai memulai konflik dengan pelanggan.
2.	Di bawah rata-rata	Sikap sopan yang tidak konsisten, tidak responsif terhadap kebutuhan pelanggan.
3.	Rata-rata	Sopan dan ramah dengan pelanggan tetapi kurang kreatif dalam memenuhi kebutuhan pelanggan.
4.	Di atas rata-rata	Sopan, ramah, dan profesional dalam menghadapi pelanggan, mahir dalam mengetahui kebutuhan pelanggan dan berusaha meningkatkan keahlian tersebut.
5.	Sangat bagus	Telah melebihi standar yang ditetapkan untuk pelanggan, sehingga pelanggan merasa puas dan apoteker berusaha dengan cara yang inovatif dalam menetapkan cara untuk membuat pelanggan nyaman.

singkat agar pegawai dapat menilai dirinya sendiri dan membandingkan peringkat ini dengan yang diberikan oleh para manajer, rekan kerja, pelanggan, pemasok, dan/atau kolega kepadanya pada instrumen serupa. Hal ini mengurangi kekhawatiran pegawai bahwa salah satu penilai berbuat tidak adil terhadapnya dan tentu saja menimbulkan sejumlah refleksi tiap pegawai karena menerima umpan balik dari begitu banyak sudut pandang. Selain itu, akan membebaskan manajer dari "beban" eksklusif dalam mengevaluasi kinerja karena mereka belajar dari evaluator lain dalam proses tersebut (Anonymous, 2001). Selain dibutuhkan banyak waktu untuk mengumpulkan dan menyusun semua data ini, kerugian lain menurut sudut pandang pegawai adalah peran konflik yang mungkin timbul karena tuntutan yang berbeda dari berbagai pemangku kepentingan dalam proses. Masalah ini akan diperburuk bila ada kekurangan keandalan intra-penilai di antara evaluator seperti yang biasa terjadi dalam banyak kasus di berbagai organisasi (Valle dan Bozeman, 2002).

Tipe lain dari metode absolut yang berusaha untuk mengurangi bias atau persepsi bias adalah *peringkat pilihan-dipaksakan*. Tipe ini lebih biasa terdapat pada organisasi besar yang memiliki departemen sumber daya manusia formal. Dengan metode ini, penilai diberikan serangkaian pernyataan yang menggambarkan penilaian berdasarkan bagaimana potensi kinerja pegawai mereka dan memberi peringkat setiap pernyataan berdasarkan seberapa baik pernyataan itu menggambarkan perilaku pegawai. Bobot dan skor diketahui oleh departemen sumber daya manusia, namun tidak diketahui oleh penilai. Contohnya disajikan dalam Tabel 10-5.

Sistem Relatif

Dalam sistem relatif, manajer membuat perbandingan di antara para pegawai dan tidak membutuhkan evaluasi penilai terhadap pegawai berdasarkan sekumpulan karakteristik atau standar yang sudah ditetapkan sebelumnya. Sistem relatif memiliki keuntungan dibandingkan dengan sistem absolut

dalam hal meminimalisir kecenderungan sentral dan efek toleransi. Demikian pula kemungkinan terjadinya efek halo akan berkurang. Fakta bahwa pegawai dibandingkan satu sama lain, boleh dikatakan akan membuat lebih mudah untuk memberikan imbalan organisasi berdasarkan jasa.

Sistem relatif memiliki kekurangan yang sangat signifikan, dalam arti bahwa sistem ini tidak kondusif untuk menghasilkan umpan balik substantif dari pegawai. Misalnya, jika seorang pegawai diberi nilai dua-pertiga di bawah rekannya dalam kinerja secara keseluruhan, apa artinya hal itu bagi pegawai? Perilaku apa yang ditunjukkan pegawai sehingga menghasilkan peringkat ini? Perilaku apa yang bisa dilakukan untuk memperbaiki kinerja dan peringkat yang lebih tinggi selama evaluasi berikutnya? Hal ini tentunya menambah tantangan manajer agar dapat membangun suatu lingkungan untuk motivasi diri pegawai.

Ada tiga jenis sistem penilaian kinerja relatif. Pertama, disebut *peringkat alternasi*, dengan metode ini penilai memilih pegawai yang terbaik dan terburuk dengan pekerjaan serupa dari daftar pegawai. Kedua nama itu lalu dicoret,

Contoh Serangkaian Pernyataan Skala Peringkat Pilihan-Dipaksakan

Peringkat Ber peringkat pernyataan berikut berdasarkan bagaimana gambaran sikap pegawai dalam mendenakan tugas dan tanggung jawabnya. Peringkat 1 diberikan pada sikap yang sangat menggambarkan sikap tersebut dan peringkat 5 yang paling sedikit menggambarkan harus obyektif.

Peringkat	Deskripsi
1	Mudah akrab
2	Sangat berempati pada orang lain
3	Sulit menerima kritik
4	Secara umum berikir dengan orientasi uang
5	Cepat mengambil keputusan

Sumber: Byars dan Rue, 2000, hlm. 283; dicetak kembali dengan izin.

dan ulangi prosedur ini sampai semua pegawai pada daftar diberi peringkat. Perubahan peringkat akan menjadi pilihan yang menarik karena kemampuannya menghilangkan kecenderungan sentral dan toleransi, serta kemudahan pelaksanaannya. Kekurangannya adalah kegagalan untuk menghasilkan umpan balik dan bisa terjadi efek halo. Selain itu, pegawai mungkin khawatir dengan potensi bias dan ketidaktepatan oleh penilai, terutama ketika kriteria kinerja belum pernah digambarkan dengan jelas.

Dalam metode *pembandingan pasangan*, penilai membandingkan satu pegawai terhadap setiap pegawai lain, satu per satu, pembandingan yang dilakukan dalam aspek khusus kinerja atau kinerja secara keseluruhan. Selama tiap-tiap pembandingan, penilai meletakkan tanda cek pada nama pegawai yang dianggap memiliki kinerja lebih baik. Pegawai dengan tanda cek terbanyak adalah pegawai terbaik. Walaupun lebih tepat dan mungkin yang kurang ambigu buat pegawai, pembandingan pasangan masih gagal untuk menghasilkan umpan balik substantif dan lebih berat untuk menerapkan sistem itu dibandingkan dengan sistem relatif lain.

Metode *distribusi dipaksakan* menyaratkan penilai untuk membandingkan kinerja pegawai dan menempatkan persentase tertentu dari mereka ke dalam berbagai kelompok. Dengan mengasumsikan bahwa tingkat kinerja kelompok pegawai akan didistribusikan menurut bentuk lonceng, atau normal, kurva distribusi. Walaupun memberikan dasar yang baik untuk alokasi imbalan organisasi, tingkat kinerja yang sebenarnya mungkin dicurangi dengan cara memaksakan distribusi kinerja agar sesuai dengan kurva berbentuk lonceng, mengabaikan kemungkinan bahwa mungkin sebagian besar atau semua pegawai berkinerja baik atau berkinerja buruk. Distribusi dipaksakan, serta sistem relatif lainnya, mungkin gagal dalam menunjukkan kekurangan-kekurangan sistem yang sebenarnya dapat diperbaiki oleh manajemen.

Sistem Berorientasi Hasil

Sementara sistem relatif dan absolut berfokus pada perilaku, sistem berorientasi hasil fokus pada proses evaluasi dan hasil. Sistem ini melibatkan kondisi tujuan yang dapat dihitung pada periode tertentu, lalu diikuti dengan kesimpulan berupa ulasan kinerja. Sistem berorientasi hasil dapat digunakan untuk menghasilkan umpan balik, tetapi isu-isu kesetaraan muncul karena imbalan yang dialokasikan berdasarkan seberapa baik sasaran telah terpenuhi, dan pegawai dengan pekerjaan yang sama mungkin akan menerima sejumlah tujuan dan harapan kinerja yang berbeda secara substansial. Harus ada fleksibilitas untuk kemungkinan kondisi yang mengakibatkan seorang pegawai mengubah atau tidak mampu memenuhi tujuan karena sistem ini lebih sering digunakan untuk seseorang dalam posisi otonom (misalnya, pengacara, dosen, dan farmasis klinis). Selain itu, seorang pegawai bisa saja beralasan mengapa tujuan-tujuan tertentu tidak bisa terpenuhi.

Tipe paling umum digunakan dalam sistem berorientasi hasil adalah *manajemen berdasarkan sasaran (Management by Object, MBO)*, juga dikenal sebagai *manajemen hasil*, *manajemen kinerja*, serta *perencanaan dan ulasan kerja*. Proses MBO biasanya terdiri dari enam langkah (Byars dan Rue, 2000, hlm. 277):

1. Membangun pernyataan tujuan yang didefinisikan secara jelas dan tegas untuk pekerjaan yang harus dilakukan oleh seorang pegawai.
2. Mengembangkan rencana kerja yang menunjukkan bagaimana tujuan-tujuan ini akan diselesaikan.
3. Memungkinkan pegawai untuk melaksanakan rencana kerja.
4. Mengukur pencapaian tujuan.
5. Mengambil tindakan korektif bila diperlukan.
6. Menetapkan tujuan-tujuan baru untuk masa depan.

Pembentukan tujuan sangat penting untuk keberhasilan MBO. Tujuan harus menantang tetapi juga dapat dicapai. Mereka harus diungkapkan dalam bentuk yang objektif dan terukur serta harus ditulis dengan bahasa yang jelas, ringkas, dan tidak ambigu. Tabel 10-6 menyajikan contoh bagaimana beberapa tujuan bagi farmasis yang ditentukan dengan buruk dibuat menjadi lebih baik. Sangat penting bahwa tujuan tersebut diperoleh melalui kerjasama dan persetujuan dari pegawai. Dalam hal ini, tujuan dan rencana kerja dapat

Contoh Bagaimana Memperbaiki Tujuan Kerja di Apotek

Buruk

Memaksimalkan jumlah resep yang diadik

Lebih baik

Meningkatkan jumlah volume rata-rata resep harian sebesar 10% di akhir tahun

Buruk

Membuat sesedikit mungkin kesalahan peracikan

Lebih baik

Tidak melakukan kesalahan peracikan resep selama 6 bulan ke depan

Buruk

Melayani obat *floor* lebih cepat

Lebih baik

melayani unit dosis *floor* dalam waktu 30 menit setelah resep masuk ke apotek

Buruk

Memastikan perawat puas dengan pelayanan klinik yang Anda sediakan

Lebih baik

Mencapai nilai tengah 80 dari 100 dalam survei pengukuran kepuasan perawat terhadap pelayanan klinik yang disediakan

berfungsi sebagai dasar untuk diskusi reguler antara manajer dan pegawai.

Fokus MBO adalah ketidaksesuaian potensial tujuan dan sasaran antar pegawai dengan pekerjaan yang sama, terutama berkaitan dengan alokasi imbalan organisasi. Meskipun hal ini dapat diatasi sampai tingkat tertentu dengan memberikan imbalan berdasarkan hasil kerja mereka, penggunaan metode lain, *pendekatan standar kerja*, akan dapat lebih mengurangi masalah. Pendekatan standar kerja adalah suatu bentuk penetapan tujuan yang membandingkan setiap pegawai dengan semacam standar atau tingkat luaran yang diharapkan. Dengan kata lain, tujuan untuk setiap pegawai dalam kelompok adalah sama atau serupa. Tanpa banyak masukan dari setiap pegawai, penetapan standar dapat dinilai tidak adil, dan pegawai mungkin tidak memiliki banyak dorongan untuk berusaha mencapai tujuan itu.

■ PERTIMBANGAN KHUSUS UNTUK SISTEM PENILAIAN DALAM APOTEK

Suatu apotek komunitas biasanya sebuah organisasi profit yang harus peduli dengan posisi keuangannya agar dapat membiayai pengeluaran apotek dalam jangka panjang. Farmasis komunitas juga harus melakukan bisnis dengan mereka dengan cara yang etis. Selain itu, sulit dipungkiri bahwa farmasis dan personel pendukung harus mempraktikkan altruisme, mendahulukan pasien dibandingkan motif pribadi (Wolfgang, 1989). Seperti halnya organisasi lain, apotek akan lebih mungkin mencapai tujuannya bila pegawai memperoleh kepuasan dari melakukan pekerjaan mereka (Etzioni, 1964). Profesi farmasi telah mengalami berbagai perubahan lingkungan yang memengaruhi pengalaman kerja personel apotek. Perubahan ini termasuk volume resep yang lebih tinggi, kompleksitas yang lebih besar dalam penggantian biaya oleh pihak ketiga, peningkatan tekanan profesional pada asuhan kefarmasian, dan penggunaan teknologi peracikan otomatis (Alvarez, 1997). Kecenderungan ini menempatkan manajer apotek untuk memberi perhatian khusus dalam mengembangkan sistem penilaian kinerja yang efektif. Pertama, manajer harus menentukan apakah harus ada penilaian kinerja yang sama di antara para teknisi dan farmasis yang bekerja dalam satu organisasi karena terdapat beberapa kesamaan dalam pekerjaan farmasis dan personel pendukung. Selain itu, terdapat nilai-nilai tertentu (misalnya, keandalan, dedikasi, dan altruisme) yang ingin dinilai oleh organisasi untuk semua pegawainya tanpa memandang posisi atau status mereka. Namun, ada aspek-aspek tertentu dari pekerjaan farmasis dan personel pendukung yang membutuhkan sistem alternatif atau setidaknya komponen berbeda dari sistem yang serupa. Hal yang paling menonjol

di antaranya adalah tingkat otonomi dan tanggung jawab mereka bersama.

Pertimbangan untuk Personel Pendukung

Keefektifan sebuah organisasi farmasi sering terbatas karena produktivitas para teknisi dan personel pendukung lainnya. Teknisi apotek, misalnya, kini mulai mengambil tanggung jawab untuk hal-hal yang lebih fungsional, termasuk penyiapan obat, pemesanan obat, dan pengelolaan teknologi (Collins, 1999). Profesi ini telah mengakui kebutuhan mengenai deskripsi pekerjaan yang seksama, pedoman pelatihan, pembayaran yang adil, dan sistem pengawasan-produktivitas di antara personel pendukung apotek (Desselle, 2005), namun hanya sedikit yang dijelaskan dalam literatur mengenai cara untuk merancang sistem penilaian kinerja. Satu penelitian menemukan bahwa relatif sedikit apotek yang melakukan pemantauan kinerja rutin terhadap personel pendukung (Desselle, Vaughan, dan Faria, 2002). Dalam penelitian yang sama, diusulkan metode yang disebut dalam penelitian tentang "lingkup praktik farmasi" (Muenzen, Greenberg, dan Murer, 1999). Metode itu melibatkan penggunaan 20 fungsi praktik, tiap-tiap dengan bobot yang berbeda (berdasarkan kepentingannya) yang dikombinasikan dengan skala jenis-BARS untuk menghasilkan pengukuran yang sangat kuantitatif. Dua puluh fungsi praktik dan bobotnya disajikan dalam Tabel 10-7. Metode yang sama dapat digunakan untuk memperoleh sistem penilaian kinerja teknisi yang bekerja di organisasi lain.

Pertimbangan untuk Farmasis

Mengevaluasi kinerja farmasis mungkin lebih menantang daripada teknisi karena tingkat otonomi dan tanggung jawab farmasis yang lebih besar. Hal ini dapat lebih diperparah dengan adanya berbagai peran berbeda yang dapat dilakukan oleh farmasis dalam sebuah organisasi. Mungkin akan bermanfaat untuk mengumpulkan informasi dari pelanggan, atau pasien, ketika mengevaluasi layanan yang diberikan oleh farmasis. Hal ini dapat dicapai melalui umpan balik informal, survei, atau bahkan penilaian insiden-kritis, seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Walaupun berada di luar lingkup dari bab ini untuk menjelaskan hal tersebut secara mendetail, beberapa jenis sistem penilaian kinerja telah diusulkan bagi farmasis, terutama bagi farmasis yang pada dasarnya lebih memiliki tanggung jawab klinis (Segal, 1992; Schumock et al., 1990).

■ WAWANCARA PENILAIAN KINERJA

Terlepas dari tipe sistem yang dipilih, penilaian tertulis harus disertai dengan wawancara resmi pegawai. Penggunaannya adalah selama wawancara yang berisi diskusi mengenai hasil dari

penilaian tertulis. Keberhasilan penilaian kinerja berkaitan secara signifikan dengan wawancara yang dilakukan. Jika manajer berhati-hati saat mengambil beberapa langkah pencegahan dan mengikuti beberapa pedoman yang berguna, kebanyakan wawancara penilaian akan berlangsung tanpa halangan.

Mempersiapkan Pegawai untuk Wawancara

Janji wawancara harus dibuat dengan pegawai setidaknya 3 sampai 4 minggu sebelumnya. Pegawai harus diberikan salinan mengenai uraian jabatan dan standar kinerja yang sesuai, sebuah salinan dari formulir evaluasi yang digunakan dalam proses penilaian, salinan laporan tinjauan resmi sebelumnya, tujuan departemen/organisasi saat ini dan tahun berikutnya, dan petunjuk tentang cara untuk mempersiapkan pertemuan itu. Pegawai mungkin diminta untuk menyiapkan komentar tentang seberapa baik terpenuhinya sasaran yang telah ditetapkan pada kajian yang terakhir dilakukan dan agar mempersiapkan daftar sasaran baru. Pegawai juga dapat diminta untuk mendiskusikan apa yang dianggap mereka sebagai kontribusi mereka yang paling berharga bagi organisasi setelah tinjauan terakhir, hambatan mereka dalam mencapai tujuan saat ini, dan apa yang bisa dilakukan oleh organisasi atau manajer untuk memfasilitasi perkembangan mereka (Umiker, 1998, hlm. 155). Pada beberapa organisasi, pegawai akan diminta untuk melengkapi evaluasi diri pada instrumen serupa dengan yang digunakan oleh pimpinan. Hal ini akan dapat membantu mengidentifikasi kesenjangan dalam persepsi mengenai efektivitas dalam bidang tertentu serta memperkuat kekuatan dan keterbatasan dalam diri orang lain.

Perencanaan Wawancara

Manajer harus memasukkan informasi yang cukup mengenai penilaian sebelumnya ke dalam wawancara dan sangat mengetahui tanggung jawab pekerjaan pegawai. Manajer juga harus memiliki dokumen yang diperlukan dan bukti yang mendukung klaim mengenai kinerja pegawai, terutama tidak hanya di bagian kinerja yang lemah namun juga bagian yang kuat. Untuk mempersiapkan wawancara, para manajer harus telah menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut (Byars dan Rue, 2000, hlm. 286):

1. Hasil apa yang harus dicapai dari wawancara?
2. Apa kontribusi baik yang diberikan pegawai?
3. Apakah pegawai bekerja sampai dengan batas potensialnya?
4. Apakah pegawai mengerti dengan jelas tentang harapan manajer mengenai kinerjanya?
5. Apa saja kekuatan pegawai yang bisa dibangun atau ditingkatkan?

6. Apakah ada pelaksanaan pelatihan tambahan yang dapat membantu pegawai menjadi lebih baik?

Pelaksanaan Wawancara

Wawancara harus dilakukan dalam urutan sebagai berikut: (1) meninjau dan memperbarui uraian jabatan dan standar kinerja, (2) membahas peringkat kinerja yang diberikan kepada pegawai dengan menggunakan formulir penilaian yang telah ditentukan, (3) menyoroti kekuatan dan prestasi sejak penilaian sebelumnya, (4) mendiskusikan tujuan yang tidak tercapai setelah tinjauan sebelumnya, dan (5) membahas kinerja di masa mendatang dan memdampingi perencanaan karir.

Manajer harus menciptakan suasana yang nyaman dan profesional serta mempertahankan nada positif saat melakukan wawancara. Mereka harus berhati-hati untuk tidak melakukan stereotip atau berprasangka kepada pegawai tertentu. Mungkin ada kesempatan ketika penilai tidak menyukai orang yang ia evaluasi tetapi tetap harus berhati-hati untuk tetap terfokus pada perilaku dan kinerja yang relevan. Meskipun demikian, akan timbul keadaan yang membuat manajer harus mengatasi kekurangan kinerja pegawai. Beberapa saran untuk mengatasi situasi ini adalah sebagai berikut (Umiker, 1998, hlm. 157):

- Batasi kritik untuk satu atau dua masalah utama. Jangan mencari-cari bidang permasalahan yang signifikan ketika memang tidak ada.
- Simpan komentar kritis sampai setelah beberapa hal positif menonjol.
- Pertahankan dialog terbuka dengan pegawai. Tawarkan kesempatan bagi pegawai untuk melakukan kritik-diri. Beri kesempatan pegawai untuk memberikan alasan mengapa kinerjanya berada di bawah standar. Beri kesempatan pegawai untuk mengusulkan cara dan batasan waktu yang tepat untuk mengharapkan terjadinya perbaikan yang signifikan.
- Hindari penggunaan istilah yang berpotensi dapat disalahartikan, seperti *sikap*, *etos kerja*, *profesionalitas*, dan *kelemahan*.

Tegas, tetapi tetap suportif. Gunakan keterampilan ketegasan dengan memperkuat poin kesepakatan, mengatasi ketidaksetujuan secara diplomatis, dan menghindari sikap defensif.

Wawancara harus ditutup dengan pernyataan keyakinan bahwa pegawai itu akan dapat memenuhi tujuan-tujuan yang baru. Manajer juga harus mengucapkan terima kasih kepada pegawai atas waktu wawancaranya dan atas kontribusinya bagi organisasi.

Fungsi Praktis dan Bobot Korespondensi dan Teknik (Asisten Apoteker) Komunitas

1.	Mengurus inventaris I (memesan)	10%
2.	Mengurus inventaris II (menerima barang)	25%
3.	Mengurus inventaris III (lainnya, seperti analisis bentuk stok dan inventaris)	30%
4.	Mengumpulkan informasi produk	10%
5.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
6.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
7.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
8.	Mengumpulkan informasi produk	10%
9.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
10.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
11.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
12.	Mengumpulkan informasi produk	10%
13.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
14.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
15.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
16.	Mengumpulkan informasi produk	10%
17.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
18.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
19.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
20.	Mengumpulkan informasi produk	10%
21.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
22.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
23.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
24.	Mengumpulkan informasi produk	10%
25.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
26.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
27.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
28.	Mengumpulkan informasi produk	10%
29.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
30.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
31.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
32.	Mengumpulkan informasi produk	10%
33.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
34.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
35.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
36.	Mengumpulkan informasi produk	10%
37.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
38.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
39.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
40.	Mengumpulkan informasi produk	10%
41.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
42.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
43.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
44.	Mengumpulkan informasi produk	10%
45.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
46.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
47.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
48.	Mengumpulkan informasi produk	10%
49.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
50.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
51.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
52.	Mengumpulkan informasi produk	10%
53.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
54.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
55.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
56.	Mengumpulkan informasi produk	10%
57.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
58.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
59.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
60.	Mengumpulkan informasi produk	10%
61.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
62.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
63.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
64.	Mengumpulkan informasi produk	10%
65.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
66.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
67.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
68.	Mengumpulkan informasi produk	10%
69.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
70.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
71.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
72.	Mengumpulkan informasi produk	10%
73.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
74.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
75.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
76.	Mengumpulkan informasi produk	10%
77.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
78.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
79.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
80.	Mengumpulkan informasi produk	10%
81.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
82.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
83.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
84.	Mengumpulkan informasi produk	10%
85.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
86.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
87.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
88.	Mengumpulkan informasi produk	10%
89.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
90.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
91.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
92.	Mengumpulkan informasi produk	10%
93.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
94.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
95.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
96.	Mengumpulkan informasi produk	10%
97.	Berpartisipasi dalam jaminan kualitas dan kegiatan peningkatan aktivitas	40%
98.	Memecahkan masalah (tentang resep, pelanggan dan rekan sejawat)	30%
99.	Berpartisipasi dalam kegiatan	10%
100.	Mengumpulkan informasi produk	10%

Sumber: *Journal of Pharmacy and Health Sciences*, 2002, N° 1, 774, diakses dengan izin.

MEMASTIKAN HASIL YANG VALID DARI SISTEM PENILAIAN KINERJA

Seorang manajer apotek harus hati-hati mempertimbangkan keuntungan dan kelemahan dari setiap jenis sistem penilaian.

Terlepas dari sistem penilaian yang dirancang khusus untuk organisasi farmasi sebagaimana yang dijelaskan dalam bab ini, berlaku konsensus di antara banyak perusahaan bahwa metode skala penilaian total, khususnya turunan dari metode BARS, adalah sistem yang terbaik untuk digunakan. Apapun

tipe sistem yang dipilih, para manajer harus berhati-hati dalam memastikan bahwa sistem dapat diandalkan dan valid serta membantu organisasi untuk mencapai tujuannya. *Reliabilitas* adalah kata lain untuk konsistensi, menyimpulkan bahwa sistem menghasilkan hasil yang serupa dalam beberapa kali perulangan. Sebagai contoh, diberikan beberapa tingkat pegawai kinerja, setiap penilai harus melihat kinerja dengan cara yang serupa. Jika sistem tidak dapat diandalkan, kemudian hal itu tidak akan dapat berlaku. *Validitas* berarti bahwa sistem ini mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur.

Menerapkan Sistem

Sebuah pertimbangan utama ketika mengimplementasikan sebuah sistem adalah seberapa sering penilaian formal akan dilakukan. Periode penilaian biasanya tahunan, sesuai dengan tanggal pegawai tersebut mulai masuk kerja atau pada waktu penilaian yang sama untuk mengevaluasi semua pegawai. Pilihan periode yang terakhir lebih mudah untuk diterapkan (Mohrman, Resnick-West dan Lawler, 1989). Bagaimanapun juga, bukti menunjukkan bahwa hasil yang lebih baik diperoleh dari frekuensi evaluasi yang lebih sering, seperti semi-tahunan atau triwulan (Martin dan Bartol, 1998). Setiap orang dalam organisasi harus mendapat informasi tentang peran yang dilakukan oleh setiap orang dalam proses penilaian dan bagaimana hasil penilaian akan digunakan (Latham dan Wexley, 1994).

Memantau Sistem

Keefektifan sistem penilaian itu sendiri harus dipantau. Beberapa indikator dapat membantu proses pemantauannya, termasuk kualitas standar kinerja, penggunaan hasil penilaian secara efektif, pelacakan dari penilai, dan penghapusan dampak negatif. *Kualitas standar kinerja* mengacu pada standar yang spesifik, menantang, realistis, dinamis, mudah dimengerti, dan konsisten dengan tujuan organisasional. *Penggunaan hasil penilaian kinerja* mengacu pada seberapa baik hasil ini berkaitan dengan imbalan dan pengakuan serta sejauh mana proses penilaian telah berkontribusi terhadap perbaikan kinerja di antara semua pegawai. *Pelacakan penilai* terdiri dari peninjauan kembali peringkat yang diberikan oleh penilai individu dan memberi mereka umpan balik mengenai kualitas penilaian mereka, yang mungkin terlalu ketat, longgar, atau bias dengan cara tertentu bila dibandingkan dengan penilai lainnya. *Dampak negatif* mengacu pada sistem penilaian kinerja yang penggunaannya menghasilkan peringkat lebih rendah secara signifikan untuk anggota dari setiap kelompok yang dilindungi sebagaimana dijelaskan sebelumnya.

■ IMBALAN KINERJA DAN ORGANISASIONAL

Imbalan organisasi terdiri dari imbalan intrinsik (imbalan internal bagi individu dan merupakan hasil keterlibatan individu itu dalam pekerjaan, seperti prestasi, perasaan pencapaian, pengakuan informal, kepuasan, dan status) dan imbalan ekstrinsik (imbalan yang dikendalikan dan didistribusikan oleh organisasi, seperti pengakuan formal, insentif gaji, tunjangan, dan promosi). Alokasi yang tepat untuk keduanya adalah penting karena berbagai alasan. Bukti baru-baru ini menolak pandangan populer yang menyatakan kalau kepuasan kerja memengaruhi kinerja (Byars dan Rue, 2000, hlm.303). Walaupun demikian, tetap disarankan bahwa (1) imbalan berdasarkan kinerja saat ini meningkatkan kinerja selanjutnya dan (2) ketidakpuasan kerja menyebabkan pindah kerja, ketidakhadiran, keterlambatan, kecelakaan, keluhan, dan pemogokan. Penelitian juga mendukung gagasan bahwa meskipun imbalan ekstrinsik tidak serta-merta menyebabkan kepuasan, kekurangan atau ketidakadilan imbalan dapat menyebabkan ketidakpuasan di antara pegawai (Barnett dan Kimberlin, 1988). Sebuah studi tentang farmasis menyatakan bahwa persepsi tentang penggajian yang tidak adil dapat membuat niat mereka untuk mundur dari pekerjaan saat ini (Gaither dan Mason, 1995b).

Manajer harus mempertimbangkan ekuitas internal, eksternal, dan individu dalam menentukan gaji pokok dan bonus kinerja (*merit pay*). Ekuitas internal memperhatikan bagaimana seorang pegawai dibayar untuk melakukan pekerjaan tertentu dibandingkan dengan pegawai lain di organisasi yang sama untuk melakukan pekerjaan mereka. Ekuitas eksternal memiliki fokus bagaimana pegawai dibayar dalam sebuah organisasi dibandingkan dengan pegawai yang melakukan pekerjaan serupa di organisasi lain. Ekuitas individual menunjukkan penghargaan kontribusi individu dan terhubung erat antara gaji dengan kinerja. Ekuitas internal dan eksternal adalah faktor-faktor ekuitas yang lebih dipertimbangkan dalam menentukan upah dasar dan tunjangan, atau imbalan tersebut hanya didasarkan pada jabatan dan senioritas dalam sebuah organisasi. Manajer apotek harus memastikan bahwa gaji dan tunjangan (misalnya, liburan, cuti, asuransi kesehatan, tunjangan anak, dan dana pensiun) farmasis serta staf pendukung nilainya kompetitif dengan yang ditawarkan apotek lain dalam ruang lingkup yang serupa dan bahkan jenis ruang lingkup apotek lain di wilayah yang sama.

Manajer juga harus mempertimbangkan ekuitas individual dan mengalokasikan imbalan tertentu (misalnya, kenaikan gaji, promosi, dan pengakuan formal) dalam suatu cara yang sesuai dengan jenis perilaku yang tepat. Tidak

hanya terbatas pada jam kerja tambahan bila dibutuhkan. perilaku yang dimaksud termasuk menjadi sukarelawan untuk tugas-tugas tidak enak, menggantikan orang lain dengan sukarela, dan menyenangkan pelanggan. Lebih khusus lagi, perilaku imbalan yang disusun dan dievaluasi dalam sistem penilaian kinerja akan menghilangkan ambiguitas tentang apa yang disebut dengan kinerja bagus. Saran lain untuk mengalokasikan imbalan adalah sebagai berikut (Byars dan Rue, 2000. Hlm. 360-361):

- *Mempertimbangkan keberadaan kendala kinerja.* Kinerja pegawai tidak boleh terhambat oleh hal-hal di luar kendalinya.
- *Memberikan perbedaan yang jelas antara kenaikan karena biaya-hidup, senioritas, dan bonus kinerja.*
- *Mendapatkan kepercayaan di antara pegawai.* Demikian pula, pegawai tidak boleh disesatkan dengan pikiran bahwa imbalan yang mereka dapat berdasarkan prestasi, ternyata kenaikan semacam itu terjadi di dalam dewan pengurus saja. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakpercayaan dan ketidakpuasan.
- *Membuat substansial bonus kinerja.* Walaupun sesuai dengan anggaran organisasi, besarnya bonus kinerja harus sepadan. Pegawai tidak akan menghargai bila hasil evaluasi yang ketat dan mendapat pujian diberikan imbalan berupa kenaikan pembayaran yang sangat kecil.
- *Bersikaplah fleksibel dalam penjadwalan imbalan.* Lebih mudah untuk membentuk rencana gaji yang kredibel berdasarkan kinerja jika semua pegawai tidak menerima penyesuaian gaji pada tanggal yang sama.
- *Mengomunikasikan kebijakan bonus kinerja dan gaji total secara efektif kepada pegawai.* Selain itu, jangan melarang pegawai untuk mendiskusikan gaji karena ini mungkin merupakan pelanggaran National Labor Relations Act.

Ada kritikan mengenai penggunaan penilaian kinerja sebagai alat untuk mengalokasikan imbalan. Telah dikatakan bahwa penilaian yang digunakan dalam cara ini menciptakan "pemenang" dan "pecundang." Akhirnya menjadi *zero-sum game* (istilah untuk menggambarkan kondisi keuntungan yang diperoleh oleh satu pihak adalah kerugian dengan nilai yang sama bagi pihak lainnya sehingga selisih antara keuntungan di satu pihak dan kerugian di pihak lain adalah nol, ed.) bagi organisasi, yang seharusnya tidak menggunakan sistem untuk membuat perbedaan yang kecil dalam penyesuaian upah (Kennedy dan Dresser, 2001). Imbalan finansial akan berhasil ketika benar-benar tak terduga oleh pegawai bukan berdasarkan umpan balik penilaian. Sementara itu kemampuan para manajer sangat terbatas untuk memberi penghargaan dalam bentuk gaji dan keterbatasan itu tidak terdapat dalam bentuk pengakuan lainnya.

■ MOTIVASI DAN PENGHARGAAN LAIN YANG TIDAK TERIKAT GAJI POKOK

Bab 8, 9, dan 14 mendiskusikan motivasi pegawai melalui kepemimpinan dan dukungan. Dukungan oleh manajer sangat menguntungkan untuk menjaga kepuasan pegawai. Bahkan, dukungan manajer dan organisasi telah terbukti sebagai pencegah yang efektif bagi ketidakpastian farmasis tentang masa depan mereka dalam sebuah organisasi (Desselle dan Tipton, 2001) dan penyangga terhadap stres kerja (Kong dan Wertheimer, 1994; Lahoz dan Mason, 1991). Manajer apotek juga harus mengingat hal ini ketika berhadapan dengan personel pendukung. Manajer mungkin percaya bahwa personel pendukung tidak menghargai imbalan intrinsik, tetapi ini jelas tidak benar. Manajer harus menyadari adanya keinginan semua pegawai untuk mencapai pertumbuhan otonomi dan pribadi.

Memberikan Pujian

Dukungan dari para manajer tidak perlu dibatasi pada periode penilaian formal. Umpan informal harus diberikan secara konsisten. Para pegawai harus diinstruksikan segera ketika mereka menunjukkan perilaku yang merugikan organisasi atau jika mereka tidak melakukan sesuai standar, asalkan dilakukan secara profesional. Sebagai contoh, para manajer harus pernah mengkritik pegawai di hadapan orang lain. Memberikan pujian kepada seorang pegawai karena pekerjaan yang dilakukan dengan baik harus dilakukan di depan umum selama pegawai tersebut benar-benar layak mendapatkan pujian, pujian itu tidak berlebihan, dan tidak terlalu repetitif (Rosendahl, 1993). Manajer harus juga mempertimbangkan menindaklanjuti pujian dengan memo resmi dan membanggakan pegawai tersebut kepada rekan-rekan kerjanya sehingga dapat ditiru yang lain.

Bentuk Keuntungan Lain

Manajer apotek dapat mempertimbangkan penggunaan strategi lain untuk mengenali dan memberi imbalan pegawai yang berkinerja baik:

- Tawarkan untuk membiayai keikutsertaan mereka di sebuah program pendidikan berkelanjutan.
- Menyediakan dana untuk kehadiran di sebuah konferensi nasional.
- Tawarkan untuk mengganti biaya pengakuan profesional dan proses sertifikasi untuk farmasis dan teknisi.
- Membiayai dana keanggotaan dalam asosiasi profesional.
- Membelikan makan siang.

- Biarkan seseorang untuk mewakili Anda di sebuah pertemuan penting.
- Tetapkan tugas dengan tingkat tanggung jawab yang lebih besar jika pegawai sudah siap untuk menanganinya.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Manajemen dapat mempertimbangkan fakta bahwa Marcus yang membuat lebih banyak kesalahan daripada teknisi lain telah mengakibatkan konsekuensi yang lebih besar daripada ketepatan waktu dan usaha kerasnya. Marcus mungkin berpendapat bahwa frekuensi yang lebih besar kesalahan pasti akan terjadi sebagai akibat dari dia melayani resep dengan jumlah yang lebih banyak. Para teknisi mungkin tidak mengetahui dengan jelas mengenai siapa yang bertanggung jawab untuk tugas-tugas tertentu. Akhirnya, staf apotek mungkin khawatir bahwa manajemen memiliki pegawai favorit di antara pegawai lain. Marcus bingung dan frustrasi karena jarang dievaluasi secara formal. Apakah manajemen menghindari penilaian selanjutnya karena penilaian yang terakhir tidak berjalan begitu lancar? Apakah terjadi kasus yang sama dengan pegawai lain juga? Tidak satu pun dari pertanyaan ini menjadi tuduhan yang perlu terhadap manajemen di apotek Rumah Sakit Komunitas karena ada banyak informasi yang belum diketahui dalam skenario. Walaupun demikian, dapat dipastikan bahwa semua pegawai di apotek harus dievaluasi secara formal sekurang-kurangnya sekali setahun, diberikan informasi tentang perilaku yang diinginkan organisasi, diberi instruksi tentang bagaimana mereka dapat meningkatkan kinerja, dan ditunjukkan bagaimana berbagai aspek kinerja diterjemahkan menjadi alokasi imbalan organisasi.

■ KESIMPULAN

Manajer sering melihat penilaian kinerja sebagai suatu tugas yang tidak diinginkan, tetapi perencanaan dan pelaksanaan yang matang membuat penilaian kerja kurang memberatkan untuk dilakukan. Penilaian kinerja berhubungan erat dengan motivasi pegawai, kinerja, komitmen, dan perpindahan kerja. Banyak sistem yang tersedia, tiap-tiap memiliki kelebihan dan kekurangan. Penilaian formal harus disertai umpan balik informal dengan sering dan substantif. Wawancara penilaian adalah kunci bagi keberhasilan sistem penilaian. Alokasi imbalan organisasional harus dikaitkan erat dengan hasil dari proses penilaian.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Menurut Anda, apakah keahlian penting yang diperlukan untuk memilih dan menerapkan sistem penilaian kinerja? Bagaimana keahlian untuk melakukan wawancara penilaian?
2. Bagaimana perasaan Anda bila memiliki tanggung jawab untuk menentukan apakah seseorang berhak atau tidak seorang pegawai mendapatkan bonus kinerja?
3. Apakah kinerja Anda pernah dinilai secara formal dalam sebuah pekerjaan? Bagaimana pengalaman itu? Menurut Anda bagaimana cara agar seorang manajer dapat menilai kinerja Anda dengan lebih baik?
4. Bagaimana reaksi Anda jika Anda diberi tahu bahwa kinerja Anda tidak memenuhi harapan dari sebuah organisasi?
5. Apakah setiap orang dengan pekerjaan yang sama di apotek berhak mendapatkan tingkat kenaikan gaji yang sama, atau harus lebih didasarkan pada kinerja mereka saja?
6. Apakah Anda tahu siapa saja yang telah meninggalkan pekerjaan karena sebagian masalah sejenis dengan persoalan yang dikemukakan dalam bab skenario?

REFERENSI

- Alvarez NA. 1997. Searching for utopia. *J Am Pharm Assoc* 37:632.
- Anonymous. 2001. Conducting effective performance appraisals. *Clin Leadership Manage Rev* 15:348.
- Barnett CW, Kimberlin CL. 1988. Levels of satisfaction among Florida pharmacists. *J Pharm Market Manag* 2:23.
- Blackwell S, Szeinbach S, Garner D, Smith M. 1996. Legal issues in personnel management. *Drug Top* 140:74.
- Blau G. 1999. Testing the longitudinal impact of work variables and performance appraisal satisfaction on subsequent overall job satisfaction. *Hum Relat* 52:1099.
- Bowen D, Gilliland SW, Folger R. 1999. HRM and service fairness: How being fair with employees spills over to customers. *Organ Dynam* 27:7.
- Byars LL, Rue L. 2000. *Human Resource Management*, 6th ed. New York: McGraw-Hill.
- Campbell B, Barron C. 1982. How extensively are human resource management practices being utilized by practitioners? *Person Admin* 27:67.

- Collins PM. 1999. Pharmacy technician: Valuable asset in today's pharmacy. *Wash Pharm* 41:38.
- Desselle SP, Holmes ER. 2007. A structural model of CPhTs' job satisfaction and career commitment. *J Am Pharm Assoc* 47:58.
- Desselle SP. 2005. Job turnover intentions among certified pharmacy technicians. *J Am Pharm Assoc* 45:676.
- Desselle SP, Tipton DJ. 2001. Factors contributing to the satisfaction and performance ability of community pharmacists: A path model analysis. *J Soc Admin Pharm* 18:15.
- Desselle SP, Vaughan M, Faria T. 2002. Creating a performance appraisal template for pharmacy technicians using the method of equal-appearing intervals. *J Am Pharm Assoc* 42:768.
- Etzioni A. 1964. *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Eulburg JR, Weekley J, Bhahat RS. 1988. Models of stress in organizational research: A meta-theoretical perspective. *Hum Relat* 41:331.
- Gaither CA, Mason HL. 1992a. Commitment to the employer: Do pharmacists have it? *Am Pharm* NS32:41.
- Gaither CA, Mason HL. 1992b. A model of pharmacists' career commitment, organizational commitment and job withdrawal intentions. *J Soc Admin Pharm* 9:75.
- Gaither CA, Nadkarni A, Mott DA, et al. 2007. Should I stay or should I go? The influence of individual and organizational factors on pharmacists' future work plans. *J Am Pharm Assoc* 47:165.
- Griffin RW. 1996. *Management*, 5th ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Kalb KB, Cherry NM, Kauzloric J, et al. 2006. A competency-based approach to public health nursing performance appraisal. *Public Health Nurs* 23:115.
- Kennedy PW, Dresser SG. 2001. Appraising and paying for performance: Another look at an age-old problem. *Emp Benefits J* 26:8.
- Kong SX. 2005. Predictors of organizational and career commitment among Illinois pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm* 52:2005.
- Kong SX, Wertheimer AI. 1994. Social support: Concepts, theories, and implications for pharmacy research. *J Pharm Market Manag* 9:63.
- Kong SX, Wertheimer AI, McGhan WF. 1992. Role stress, organizational commitment and turnover intention among pharmaceutical scientists: A multivariate analysis. *J Soc Admin Pharm* 9:159.
- Lahoz MR, Mason HL. 1991. Reducing pharmacists' stress. *Am Drug* 200:38.
- Latham GP, Wexley KM. 1994. *Increasing Productivity Through Performance Appraisal*, 2d ed. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Martin DC, Bartol KM. 1991. The legal ramifications of performance appraisal: An update. *Employee Relat Law J* 17:257.
- Martin DC, Bartol KM. 1998. Performance appraisal: maintaining system effectiveness. *Public Person Manag* 27:223.
- Mohrman AM, Resnick-West SM, Lawler EE III. 1989. *Designing Performance Appraisal Systems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Muenzen PM, Greenberg S, Murer MM. 1999. PTCB task analysis identifies role of certified pharmacy technicians in pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 39: 857.
- Rosendahl I. 1993. Keeping them happy. *Drug Top* 137: 50.
- Rosendahl I. 1993. Keeping them happy. *Drug Top* 137:50.
- Park EJ, Huber DL. 2007. Balanced scorecards for performance management. *J Nurs Adm* 37:14.
- Schneider PJ. 1999. Creating an environment for improving the medication-use process. *Am J Health-Syst Pharm* 56:1769.
- Schumock GT, Leister KA, Edwards D, et al. 1990. Method for evaluating performance of clinical pharmacists. *Am J Hosp Pharm* 47:127.
- Segal R. 1992. A framework for evaluating the work of pharmacists. *Top Hosp Pharm Manag* 12:130.
- Smith HA, Branecker J, Pence BS. 1985. Role orientation, conflict and satisfaction among pharmacists and students. *J Soc Admin Pharm* 3:19.
- Umiker W. 1998. *Management Skills for the New Health Care Supervisor*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Valle M, Bozeman DP. 2002. Interrater agreement on employees' job performance: Review and directions. *Psychol Rep* 90:975.
- Wolfgang AP. 1989. Challenging students to consider pharmacy's professional status. *Am J Pharm Ed* 53:177.

LAYANAN PELANGGAN

David J. Tipton

Tentang Penulis: Dr. Tipton adalah Associate Profesor untuk Ilmu Farmasi Sosial dan Administratif di Mylan School of Pharmacy di Duquesne University. Dr. Tipton memperoleh gelar MBA di bidang pemasaran dan Ph.D. di bidang manajemen dari St. Louis University. Sebelum mendapatkan gelarnya, beliau telah mempraktikkan kefarmasian selama 20 tahun dan merupakan pemilik/mitra dari apotek dengan 4 cabang. Minat penelitiannya saat ini terfokus pada layanan pelanggan, kesalahan pengobatan, dan penilaian. Dr. Tipton mengajar mata ajaran manajemen, pemasaran, dan layanan pelanggan di Duquesne University.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengidentifikasi karakteristik-karakteristik pembeda dalam layanan.
2. Membahas karakteristik layanan pelanggan yang baik.
3. Menjelaskan standar evaluasi layanan.
4. Membahas tujuh isu dalam merancang layanan.
5. Menjelaskan strategi layanan.
6. Menjelaskan strategi untuk menghadapi kegagalan layanan dan kesalahan pengobatan.
7. Membahas manajemen layanan tenaga kerja dan profesional.

■ SKENARIO

Saat memasuki apotek, Maria Perez teringat akan sejumlah iklan dan promosi yang memuji keahlian, keberadaan, dan kepedulian dari farmasis di apotek ini. Maria memasuki apotek dengan membawa banyak resep untuk ibunya yang sudah tua dan baru saja pulang dari rumah sakit setelah terkena serangan jantung. Maria telah mengantisipasi agar bisa merawat ibunya di rumah selama beberapa minggu dan ingin bertanggung jawab atas pengobatan ibunya.

Sambil berusaha berjalan di gang sempit yang terhalang kardus-kardus, Maria menuju ke apotek dan disapa oleh seorang pegawai berumur 19 tahunan. Pegawai itu mengulum permen karet dan lalu mempersilakan Maria duduk. Sambil menghitung resep yang akan dikerjakannya, pegawai tersebut mengatakan bahwa akan butuh waktu sekurang-kurangnya satu jam untuk menyelesaikannya, bila tidak ada masalah.

Sembilan puluh menit berlalu, dan Maria masih tetap menunggu. Sementara itu, ibunya menunggu di dalam mobil. Dengan tidak sabar dan berteriak, Maria menanyakan ada

masalah apa. Saat itu muncul farmasis yang terlihat tertekan. Tanpa memanggil namanya, farmasis berkata bahwa ia sangat sibuk, hanya bekerja di apotek ini sebulan sekali, dan sedang mendapat masalah dengan perusahaan asuransi, dan perlu berbicara dengan dokternya. Selanjutnya, farmasis tersebut mengatakan pada Maria bahwa menginterupsinya dengan cara bertanya hanya akan memperlama pengerjaan resepnya.

Akhirnya, tiga puluh menit kemudian seorang teknisi baru, bukan orang yang tadi menyapanya, datang ke konter dengan resepnya. Maria tidak pernah melihat farmasisnya lagi tetapi ia ingat menandatangani beberapa buku. Inilah yang didapatkan Maria: Dari enam resep yang dibawanya, empat dilayani dan yang dua tidak dilayani, yang satu karena apotek tidak punya obatnya dan yang lain karena terlambatnya dokter menelpon balik. Dari empat resep yang dilayani, dua nama di botol obatnya tidak sama dengan daftar nama obat yang diberikan dokter. Maria meninggalkan apotek sambil memikirkan ketidaksesuaian pengalamannya di apotek ini antara yang tergambar di televisi dengan kenyataannya setelah benar-benar berada di sana.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Berdasarkan skenario di atas, bagaimana sebaiknya farmasis bertindak?
2. Berdasarkan skenario di atas, bagaimana masalah tersebut bisa dihindari sama sekali?
3. Apakah mengatakan dengan jujur jika terjadi suatu kesalahan pengobatan merupakan hal yang bijaksana? Mengapa demikian?
4. Apa sajakah pertimbangan utama dalam merancang suatu layanan?
5. Bagaimana penanganan pegawai terkait dengan efektivitas mereka dalam memberikan layanan?
6. Bagaimana sebaiknya suatu organisasi menangani relasi dengan media dalam kejadian kesalahan yang dipublikasi secara luas?

■ PENDAHULUAN

Ekonomi industri tersusun atas tiga sektor utama: ekstraktif (misalnya, pertambangan dan pertanian), manufaktur, dan layanan. Sektor layanan bisa dibagi menjadi lima kelompok:

- *Layanan bidang bisnis*—konsultasi, keuangan, perbankan
- *Layanan bidang penjualan*—penjualan eceran, perawatan, dan perbaikan
- *Layanan bidang infrastruktur*—komunikasi, transportasi
- *Layanan bidang sosial/personal*—restoran, perawatan kesehatan
- *Administrasi publik*—pendidikan, pemerintahan

Apotek jelas merupakan suatu bisnis bidang layanan. Oleh karena itu, pemahaman tentang bisnis bermanfaat bagi farmasis. Bagi farmasis, karakteristik layanan yang unik membuatnya bekerja dalam lingkungan yang menantang, dan bahkan lebih menantang lagi bagi para manajer apotek. Bagian pertama bab ini menjelaskan elemen-elemen dasar dari layanan, bersama isu-isu terkait perancangan layanan dan elemen-elemen strategi layanan. Bagian kedua bab ini terfokus pada topik-topik minat khusus bagi farmasis, khususnya isu-isu terkait dengan kegagalan layanan dan kesalahan pengobatan, menangani pegawai dan profesional bidang layanan, dan *burnout*.

■ KARAKTERISTIK LAYANAN

Layanan bisa diuraikan dan didefinisikan dengan membandingkan perbedaannya dengan manufaktur. Perbedaan-perbedaan ini mempunyai dampak pada bagaimana layanan dipasarkan dan dikelola. Layanan dikenali dari gambaran berikut ini:

- *Pelanggan merupakan partisipan dalam proses layanan.* Dengan sedikit pengecualian, pelanggan selalu hadir, setidaknya di sebagian proses. Meskipun pasien bisa tidak hadir di apotek saat resepnya dilayani, biasanya ada suatu interaksi antara farmasis dengan pasien atau yang mewakili pasien.
- *Layanan diproduksi dan dikonsumsi secara bersamaan.* Layanan tidak bisa diproduksi suatu ketika dan disimpan sebagai persediaan. Resep yang dilayani tidak dapat disimpan sebagai persediaan karena merupakan produk yang dirancang khusus untuk pasien tertentu.
- *Layanan tidak bisa bertahan lama.* Layanan yang tidak digunakan akan hilang selamanya. Kursi pesawat udara yang kosong merupakan penghasilan yang hilang selamanya, dan apotek tanpa pasien adalah pengeluaran tanpa adanya kompensasi pendapatan.
- *Lokasi tempat layanan bergantung pelanggan.* Untuk kenyamanan dan keterjangkauan, lokasinya harus di tempat yang banyak terdapat pelanggan.
- *Skala ekonomi sulit dicapai dalam layanan.* Meskipun mungkin ada ukuran optimal untuk efisiensi dalam suatu apotek, apotek tunggal di suatu wilayah pedesaan nampaknya sulit mencapai ukuran tersebut.
- *Standarisasi layanan sulit dilakukan.* Komunikasi yang efektif dengan tipe pasien tertentu dapat jadi sangat tidak sesuai bagi pasien yang lain.
- *Layanan memerlukan pegawai.* Meskipun suatu saat pekerjaan di balik konter apotek akan diotomatisasi seluruhnya, tetapi sesi konseling akan tetap memerlukan interaksi antar manusia.

- *Luaran sulit diukur.* Jumlah pasien dalam suatu kurun waktu memang bisa dihitung, tetapi untuk menilai kualitas interaksi merupakan masalah (diadaptasi dari Fitzsimmons dan Fitzsimmons, 1994).

Penting untuk ditekankan bahwa layanan adalah hal yang tidak tampak (*intangible*). Meskipun mungkin ada ekspresi yang tampak dari layanan, evaluasi kognitif dan pengambilan keputusan oleh farmasis selalu merupakan hal yang tidak nampak. Mengelola dan memasarkan layanan adalah “menjual hal yang tidak terlihat” (Beckwith, 1997). Tugas bagi seorang manajer apotek adalah setara dengan tugas yang dihadapi oleh seorang manajer panggung produksi teatrikal dengan masa tayang yang lama—memberikan kinerja yang profesional setiap hari meskipun penontonnya berubah setiap malam dan pemainnya berganti.

Berdasarkan faktor-faktor yang telah diuraikan di atas, manajer apotek berhadapan dengan fakta bahwa pelanggan “ikut andil” dengan pekerjaan yang efisien dan mengenalkan lima tipe keragaman sistem, memaksa terjadinya pertukaran antara pekerjaan yang efisien dan layanan pelanggan yang baik. Kelima tipe keragaman tersebut adalah (1) keragaman kedatangan—pelanggan tidak ingin layanan pada saat yang nyaman bagi perusahaan atau dalam pola yang tetap dan bisa ditebak, (2) keragaman permintaan—harapan pelanggan tidak baku, (3) keragaman kemampuan—kemampuan pelanggan secara pribadi untuk berkontribusi pada proses layanan beragam (mis., seorang pasien yang cacat penglihatannya dan membutuhkan pelatihan tentang penggunaan nebulizer), (4) keragaman upaya—seberapa besar energi yang akan dikeluarkan pelanggan untuk membantu berlangsungnya layanan (mis., akankah pelanggan menelpon dokternya sebelum waktu yang ditetapkan dan memberikan informasi asuransi yang terbaru), dan (5) keragaman subyektif—pelanggan beragam opininya mengenai pengertian layanan yang baik (Frei, 2006).

■ DEFINISI LAYANAN PELANGGAN

Apa yang sebenarnya dimaksud dengan layanan pelanggan yang baik? Tanyakan pada 20 orang, dan Anda akan mendapatkan 20 jawaban yang berbeda: respons yang cepat untuk sebuah pertanyaan, suatu pernyataan yang diperhitungkan dengan cermat, sebuah penentraman hati pelanggan dengan ramah bahwa segala sesuatu akan bekerja dengan baik, dikerjakan tepat waktu, teknisi yang pandai di lini lain, adanya bantuan ekstra dalam bernegosiasi dengan pihak ketiga, dan sebagainya. Pemberian layanan pelanggan yang baik memerlukan hal-hal berikut:

- Menyelesaikan masalah pelanggan tanpa adanya pertikaian
- Menyelesaikan masalah pelanggan dengan tepat

- Menyediakan orang-orang yang tahu apa yang mereka kerjakan
- Menyediakan orang-orang yang dibekali dengan kemampuan untuk memecahkan masalah pelanggan
- Melayani masyarakat dengan penuh martabat dan empati
- Memperbaiki kesalahan bila terjadi (diadaptasi dari Karr dan Blohowiak, 1997)

Secara naluri, setiap orang tahu dan memahami apa yang dimaksud layanan yang baik. Setiap orang pernah mengalami layanan yang baik dan buruk. Pengertian layanan yang baik sederhana saja yaitu dengan memberikan pelanggan apa yang dia inginkan, tetapi hal tersebut sulit dilakukan karena harus dilakukan secara konsisten dari waktu ke waktu.

■ PENYELENGGARAAN LAYANAN (SERVICE ENCOUNTER)

Hal penting dalam layanan adalah penyelenggaraan layanan. Definisi *penyelenggaraan layanan* adalah interaksi antara organisasi layanan, penyedia layanan, dan pelanggan. Pemandangan yang lazim dijumpai dalam suatu apotek, yaitu pasien datang dan mengambil obatnya serta diberi konseling. Interaksi semacam ini dinamakan *momen penentuan (moment of truth)* dalam layanan (Norman, 1984, hlm. 8-9). Jatuh bangunnya suatu perusahaan besar, sebagaimana naik turunnya bonus perorangan pegawai, bisa tergantung pada manajemen dari interaksi singkat ini.

■ PEGAWAI LAYANAN

Layanan merupakan aktivitas yang melibatkan kontak sepenuhnya. Interaksi antar manusia yang menjadi *momen penentu*-nya. Apa yang terjadi dalam momen penentuan itu tidak bisa direncanakan atau dikontrol sehingga rahasia untuk mencapai keberhasilan dalam praktek penyelenggaraan layanan adalah pemberian wewenang pada pegawai agar dapat memenuhi kebutuhan pelanggan yang aneh-aneh. Agar dapat memberi wewenang pegawai sehingga bisa memberikan layanan prima, organisasi tersebut harus berbagi dengan pegawai di garis depan (*front-line*) dalam hal (1) informasi tentang kinerja organisasi, (2) imbalan berdasarkan kinerja organisasi, (3) pengetahuan yang membuat pegawai bisa memahami dan berkontribusi untuk kinerja organisasi, dan (4) kekuatan/wewenang untuk membuat keputusan-keputusan yang memengaruhi arah dan kinerja organisasi (Bowen dan Lawler, 1992). Pusat Perbelanjaan Nordstrom, terkenal karena layanan primanya, memberi kuasa pegawainya dengan cara: Ketika ada pegawai yang baru, Nordstrom memberi mereka satu halaman pernyataan tentang bagaimana

caranya bertindak dalam menghadapi seorang pelanggan. Pernyataan itu berbunyi: "Peraturan 1: Gunakan keputusan Anda yang baik dalam segala situasi. Tidak ada peraturan lainnya." Dengan kata lain, pegawai diberi tanggung jawab atas pekerjaan mereka; atau dengan kata lain, seolah-olah organisasi mengatakan, "Saya percaya pada Anda." Sebagai hasil akhirnya, yang lebih sering terjadi, adalah pelanggan yang merasa puas.

Keuntungan pegawai yang dikuasakan adalah:

- Respons yang lebih cepat terhadap kebutuhan pelanggan selama penyelenggaraan layanan
- Respons yang lebih cepat terhadap pelanggan yang tidak puas selama pemulihan layanan
- Pegawai merasa lebih baik tentang pekerjaan mereka dan diri mereka
- Pegawai berinteraksi dengan pelanggan secara lebih hangat dan antusias
- Pegawai yang dikuasakan merupakan sumber inovasi dan kemajuan (diadaptasi dari Bowen dan Lawler, 1992).

Elemen penting kedua bagi organisasi adalah memberikan jenis layanan yang sama kepada pegawainya dengan yang mereka berikan kepada pelanggan. Tidaklah bisa diterima bila suatu organisasi yang mendukung komitmen layanan kepada pelanggan tetapi tidak kepada pegawainya sendiri. Setiap orang dalam organisasi, dari eksekutif puncak sampai pegawai yang terbaru, pegawai dengan gaji yang terendah, adalah bagian dari bisnis layanan. Seorang pegawai yang tidak bisa mendapatkan penyelesaian masalahnya dengan cara yang cepat dan profesional oleh departemen sumber daya manusia akan memberikan layanan yang rendah mutunya kepada pelanggan. Sesuatu yang Anda kerjakan lebih penting daripada apa yang Anda katakan ketika berhadapan dengan pegawai layanan. Penelitian telah menunjukkan bahwa pegawai industri layanan yang mendapatkan perlakuan yang adil dari atasannya akan melayani pelanggannya dengan adil pula (Bowen, Gilliland, dan Folger, 1999).

■ PEKERJA PROFESIONAL

Pekerja profesional mungkin lebih berorientasi pada pencapaian bila dibandingkan dengan pegawai layanan tradisional. Mereka secara konsisten mencari tantangan-tantangan baru dan mungkin menunjukkan kecenderungan menjadi bosan bila tidak ada tantangan. Mereka tertarik pada pertumbuhan dan peningkatan pribadi. Organisasi yang mengabaikan kebutuhan tersebut akan sulit mengharapkan staf layanan profesionalnya untuk memberikan layanan pelanggan yang prima. Secara tersembunyi, kalau tidak terlihat nyata, rasa marah terhadap organisasi akan timbul dan melebar ke pelanggan organisasi. Pekerja profesional tertarik pada arti.

Upaya yang dilakukan sebaiknya diarahkan pada penjelasan pemaknaan mengapa sesuatu sebaiknya dilakukan, bukan bagaimana sesuatu sebaiknya dilakukan.

■ STANDAR UNTUK MENGEVALUASI LAYANAN

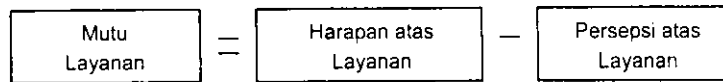
Pelanggan mengevaluasi layanan dan penyelenggaraan layanan berdasarkan lima dimensi luas. Kelima dimensi itu adalah

- *Keterandalan*—kemampuan untuk mewujudkan layanan yang dijanjikan dengan penuh tanggung jawab dan teliti
- *Ketanggapan*—kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan yang tepat
- *Jaminan*—pengetahuan dan kesopanan pegawai serta kemampuan mereka untuk mendapat kepercayaan
- *Empati*—kepedulian, perhatian personal yang diberikan kepada pelanggan
- *Nyata*—penampakan fasilitas fisik, peralatan, personalia, dan materi komunikasi (Berry, Parasuraman, dan Zeithaml, 1994)

Dari kelima dimensi tersebut, keterandalan merupakan nilai tertinggi bagi pelanggan. Tidak perlu berangan-angan; lakukan saja apa yang Anda katakan akan Anda lakukan.

■ MENGUKUR MUTU LAYANAN

Sebagian besar layanan merupakan hal yang tidak terlihat, pelanggan menggunakan standar psikologis untuk mengevaluasi layanan dan mutu layanan. Pelanggan menilai persepsi mereka tentang suatu layanan relatif terhadap harapan mereka akan layanan tersebut. Harapan yang dipegang pelanggan terhadap layanan menjadi standar. Standar ini bisa berubah-ubah, berbeda antar-pelanggan, dan berubah secara konstan. Jika seseorang diberi tahu waktu tunggu adalah selama 30 menit untuk mendapat sebuah meja di restoran dan kemudian ternyata dia bisa mendapatkannya dalam waktu 20 menit, pengalaman layanannya bisa dinilai memuaskan. Sebaliknya, jika orang tersebut diberi tahu waktu tunggu 10 menit dan baru mendapatkan mejanya setelah 20 menit, pengalaman layanannya bisa dinilai tidak menyenangkan. Seperti halnya di restoran, jika setiba di apotek seorang pasien berharap bahwa obatnya akan siap dalam 20 menit dan ternyata farmasisnya membutuhkan waktu untuk menjelaskan obatnya dengan cara yang sederhana dan langsung, derajat yang standar psikologisnya (yakni, harapan pribadi) ini terlampaui atau tidak akan menentukan penilaian pelanggan terhadap layanan tersebut. Hal ini berarti bahwa layanan dinilai oleh pelanggan berdasarkan perbedaan antara



Gambar 11-1. Persamaan Mutu Layanan.

harapannya terhadap layanan tersebut dengan persepsinya terhadap layanan itu (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1994). Harapan pelanggan terhadap layanan muncul dari pengalaman pelanggan itu sendiri dengan layanan tersebut, layanan lain yang serupa, dan pengalaman orang lain. Dalam layanan, mutu didefinisikan sebagai celah antara harapan terhadap layanan dan persepsi tentang bagaimana layanan itu diterima (Gbr. 11-1).

Harapan pelanggan terhadap layanan terbagi menjadi dua tingkat—sangat diinginkan dan memadai. Dengan kata lain, ada harapan pelanggan yang ideal dan tingkat layanan yang akan memuaskan mereka. Idealnya, seseorang tentu berharap setiap penerbangan akan tiba dan berangkat tepat waktu, krunya melayani dengan penuh perhatian, dan bagasi tidak pernah hilang atau rusak. Kenyataannya, pelanggan secara pribadi menerima bila menemukan masalah penundaan selama 15 menit, pramugari/a yang sopan, dan jarang mengalami masalah dengan bagasinya. Tingkatan layanan yang berada di antara layanan yang ideal dan yang memadai dikenal sebagai *zona toleransi*. Zona toleransi bagi layanan yang bisa diterima beragam berdasarkan pada dimensi layanan spesifik. Zona toleransi untuk keterandalan dalam melayani resep sangat sempit. Boleh dibilang tidak ada zona toleransi untuk dimensi ini. Sebaliknya, bagi banyak pelanggan *zona penerimaan* untuk penampilan suatu apotek mungkin sangat lebar. Bisa dibilang, jika standar minimum untuk kebersihan sudah terpenuhi, pelanggan hanya menaruh sedikit perhatian pada penampilan apotek (Parasuraman, Berry, dan Zeithaml, 1991).

Penelitian baru-baru ini telah menyoroti dampak emosi terhadap penilaian mutu layanan. Pelanggan mendasarkan penilaian mereka mengenai layanan berdasarkan bauran yang rumit antara rasionalitas dan emosi. Peranan emosi lebih besar di sini. Mutu dalam manufaktur sering kali diukur menggunakan Standar Sigma Enam (tingkat kesalahan satu-dalam-sejuta). Metodologi perbaikan mutu dalam layanan telah dikembangkan dan dikenal sebagai *Human Sigma* (Fleming, Coffman, dan Harter, 2005). Pendekatan terhadap mutu layanan ini menuntut para manajer untuk tidak berpikir seperti insinyur atau ahli ekonomi saat menilai penyelenggaraan layanan, melainkan mempertimbangkan emosi dalam penilaian; untuk mengukur penyelenggaraan layanan secara lokal karena sangat banyaknya keragaman mutu pada tingkat ini dibanding bersandar pada rata-rata perusahaan, dan untuk menggunakan ukuran tunggal demi efektivitas penyelenggaraan layanan. Untuk memperbaiki

mutu layanan, organisasi harus ketat dalam memberikan pelatihan jangka pendek pada tingkat lokal bersama dengan perubahan jangka panjang dalam penggajian, promosi, dan struktur. Menyoroti nilai dari pendekatan Human Sigma adalah fakta bahwa pelanggan yang terikat secara emosional menyumbangkan lebih pada garis dasarnya dibanding pelanggan yang secara rasional terpuaskan (Fleming, Coffman, dan Harter, 2005). Secara strategis, hal ini menyimpulkan perlunya menilai komitmen emosional pelanggan, selain pengukuran tradisional mengenai kesetiaan dan kepuasan pelanggan (misalnya, kepuasan menyeluruh, keinginan untuk membeli lagi, dan kemauan untuk merekomendasikan). Ukuran pertama komitmen emosional adalah *kepercayaan*—Apakah perusahaan itu selalu memberikan sesuai yang dijanjikan? Ukuran kedua adalah *integritas*—Apakah saya dilayani dengan selayaknya? Ukuran ketiga adalah *kebanggaan*—Apakah saya mempunyai perasaan identifikasi positif terhadap perusahaan? Yang keempat, *Hasrat*—Apakah posisi perusahaan tidak dapat tergantikan dalam hidup saya? Sangat jarang pelanggan yang berhasrat. Dampak strategis dari hal tersebut adalah pelanggan diciptakan satu per satu, dan bisnis dibangun dengan satu pelanggan di satu waktu, satu orang berhubungan dengan satu orang—jika Anda mau, dari satu hati ke satu hati lainnya.

Pelanggan menilai layanan yang diterimanya secara terus-menerus. Ada penilaian tetap dari harapan versus persepsi. Suatu organisasi akan mudah gugur bila tidak bisa memberikan tingkat layanan yang konsisten saat harapan pasien melebihi persepsinya. Pelanggan akan menilai apakah penyelenggaraan layanan terkelola atau tidak sehingga akan masuk akal bila manajer yang bijak merancang, mengelola, dan memasarkan layanannya untuk memenuhi standar tersebut.

■ MERANCANG LAYANAN

Dalam merancang layanan yang menguntungkan dan melampaui harapan pelanggan, seorang manajer harus mempertimbangkan isu-isu ini:

- *Apakah produk (layanan) kita?* Saat membeli suatu barang atau jasa, pelanggan membeli sebundel atribut, baik yang tampak ataupun yang tidak tampak, dengan tujuan memuaskan keinginan dan harapannya. Berkas atribut ini dinamakan *paket manfaat bagi pelanggan*. Dalam merancang paket manfaat bagi pelanggan, isu berikut ini harus dipenuhi: (1) pastikanlah bahwa atribut yang

tercakup dalam paket manfaat bagi pelanggan telah tepat, (2) evaluasi tiap atribut apakah penting bagi pelanggan, (3) evaluasi tiap atribut dalam hal kemampuan untuk diberikan, (4) maksimalkan kepuasan pelanggan, dan (5) maksimalkan pengembalian modal.

- *Bagaimana layanan ini akan diberi harga? Apakah tujuan pemberian harga untuk pengembalian modal, meraih pangsa pasar, atau sesuai dengan persaingan?* Setelah menetapkan tujuan pemberian harga, struktur harga harus ditetapkan. Isu yang berkaitan dengan struktur harga meliputi hal-hal berikut: (1) Akankah harga daftar standar dibebankan biaya? (2) Akankah pelanggan yang sering membeli atau yang membeli dalam jumlah besar mendapat basis harga yang sama? (3) Akankah harga yang berbeda dikenakan pada aspek layanan yang berbeda? (4) Apakah waktu penjualan memengaruhi harga? (5) Apakah harga mencerminkan biaya menjalankan bisnis dengan pelanggan tertentu? (6) Akankah pelanggan yang lebih menghargai layanan dikenakan harga yang lebih tinggi pula? (7) Apakah ada potongan harga?
- *Bagaimana layanan tersebut akan dipromosikan, diposisikan, dan diberi merek?* Basis segmentasi pasar atas dasar apa?—variabel demografis, geografis, psikografis, atau manfaat. Dapatkah segmen pasar ditarget dengan cara yang mudah dikenali, diukur, dan cukup besar untuk bisa menguntungkan, terjangkau, responsif, dan stabil? Dapatkah suatu posisi menjadi tunggal dan sederhana, membedakan dengan pesaingnya, dan terfokus? Terakhir, apakah memberi merek layanan dianjurkan dan terjangkau?
- *Bagaimana cara memberikan layanan?* Di mana lokasi fasilitasnya? Apakah satu tempat saja merupakan pilihan terbaik, atau perlu beberapa tempat? Apakah internet merupakan pilihan yang memungkinkan?
- *Bagaimanakah fasilitasnya akan terlihat—interior, eksterior, dekorasi, signage, penerangan, dan sebagainya?—Bagaimana pegawainya akan ditampilkan?* Penampilan, termasuk penampilan pegawai, berperan membentuk kesan pertama, khususnya bila hanya sedikit yang diketahui tentang layanannya; mendapat kepercayaan (khususnya jika pelanggan tidak punya cara lain untuk menetapkan mutu); memberi kesan; dan memberi stimulus yang membuat pengalaman itu bisa dikenang.
- *Prosedur dan protokol apa yang akan digunakan pada saat memberikan layanan?* Bagaimana fungsi sistem yang akan memberikan layanan? Bagaimana cara mengukur luaran versus tingkat masukan? Bagaimanakah mengukur mutu dan mempertahankan keterandalan? Seberapa cepat layanan bisa diberikan, dan sistemnya diperbaiki?
- *Siapa yang sebenarnya akan memberi layanan? Bagaimana mereka dilatih, dipromosikan, dan dimotivasi?* Isu penting terkait layanan profesional adalah salah satu kompensasi-

nya. Apakah kompensasi berdasar pada keuntungan luaran kerja, keuntungan kerja yang disupervisi, kepuasan pelanggan seperti halnya luaran kerja, ataukah kontribusi/sumbangan pada pengembangan praktik?

Pertanyaan-pertanyaan di atas mencerminkan 7 P tentang layanan, 4 P pemasaran tradisional yang meliputi *product* (produk), *price* (harga), *place* (tempat), dan *promotion* (promosi), dan 3 P lainnya yang meliputi layanan, yaitu, *physical attribute* (atribut fisik), *process* (proses), dan *people* (orang). Dengan mempertimbangkan pertanyaan-pertanyaan tersebut dan memformulasikan respons keberhasilan merupakan esensi dari apa yang harus dilakukan para manajer dan farmasis untuk memenangkan pertarungan layanan.

Strategi

Penawaran layanan yang dirancang dengan baik harus sesuai dengan kerangka strategis. *Strategi* adalah rencana jangka panjang, pola keputusan, dalam rangka mencapai tujuan. Strategi bisnis berkembang dalam dua cara. Metode pertama bersifat intuitif dan informal; yang lainnya formal dan eksplisit. Untuk menetapkan suatu strategi membutuhkan jawaban pertanyaan-pertanyaan berikut ini: (1) Apakah kita benar-benar paham tentang bisnis layanan yang kita jalankan? (2) Bagaimana layanan ini bisa bertahan melawan pesaingnya? (3) Apakah arah industri? dan (4) Apa yang diinginkan pelanggan dari industri ini? Strategi yang berhasil dilandasi manfaat kompetitif berkelanjutan yang dimiliki suatu apotek. Manfaat kompetitif muncul dari sesuatu yang Anda lakukan dengan lebih baik dibandingkan pesaing Anda. Strategi kemenangan merupakan hasil dari pemikiran strategis. Pemikiran strategis ditandai dengan kemampuan untuk melihat semua faktor nyata terkait dengan bisnis dengan perspektif yang benar, tetapi tidak dipengaruhi oleh mode atau emosi. Di apotek, salah satu faktor yang nyata adalah hal berikut: Akan ada banyak pekerjaan (jumlah resep) dengan margin yang makin menurun. Hal lain adalah bahwa asuhan kefarmasian akan berhasil hanya bila pelanggan menginginkannya dan mau membayar untuk itu, baik secara langsung atau melalui premi asuransi yang lebih tinggi.

■ TOPIK KHUSUS

Bila Terjadi Kesalahan: Pemulihan Layanan

Saat memberikan suatu layanan, tanpa memandang sebaik apapun pengelolaannya, bisa saja terjadi kesalahan. Bagian ini membahas isu-isu tentang apa yang akan terjadi bila terjadi kesalahan di apotek. Pertama, berkaitan dengan kesalahan peresepan katastrofik. Kedua, membahas tentang kesalahan peresepan non-katastrofik (misalnya, teknisnya kasar, layanan

tertunda, harga tidak tepat, dsb.). Proses *pemulihan layanan* adalah proses yang penting karena berhubungan dengan kesalahan dan memperbaikinya serta kegagalan layanan. Seperti yang diamati Sir Colin Marshall, chief executive officer (CEO) dari British Airways, "Pelanggan tidak mengharapkan segala sesuatu berjalan baik sepanjang waktu; ujian terbesar adalah apa yang Anda lakukan saat terjadi kesalahan Kegagalan layanan yang terjadi sesekali tidak bisa dihindari." Penekanan logis dari pembahasan ini adalah: Kesalahan tidak bisa dihindarkan; pelanggan yang tidak puas tidak bisa dihindarkan.

Kesalahan Peresepan Katastrofik

Walaupun para farmasis dan manajer melakukan upaya terbaik mereka, memberikan layanan farmasetik yang bebas kesalahan, khususnya distribusi sediaan farmasi, adalah hal yang tidak mungkin. Dalam tulisannya tentang kesalahan manusia, Senders dan Moray (1991, hlm. 128) menyimpulkan: "Tingkat kesalahan manusia bisa diturunkan sampai serendah yang diharapkan, dengan biaya yang tidak diketahui. Namun, terjadinya kesalahan tertentu pada kejadian tertentu, tidak bisa dicegah sama sekali." Meskipun pasien terkena bahaya yang tidak permanen, suatu kegagalan atau kesalahan layanan dalam apotek merupakan kejadian yang penting. Konsekuensi suatu kegagalan layanan di suatu apotek meliputi rusaknya kepercayaan kepada farmasis dan sistemnya, menyebarnya cerita negatif dari mulut-ke-mulut, kemungkinan tindakan hukum, kemungkinan terlibatnya dewan profesi kefarmasian (*board of pharmacy*), pengikisan langganan pasien, dan turunnya tingkat keuntungan (lihat Bab 7, 28, dan 30 tentang meminimalkan kejadian kesalahan peresepan).

Institute of Medicine melaporkan bahwa kesalahan pengobatan telah menyebabkan 7.000 kematian per tahun (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007). Kesalahan katastrofik didefinisikan sebagai penyebab kerusakan parah pada pasien yang tidak bisa disembuhkan, misalnya, suatu kesalahan yang menyebabkan rawat inap selama 4 hari di rumah sakit atau yang lebih buruk lagi. Kesalahan pengobatan katastrofik berpengaruh tidak hanya pada korban dan praktisi yang terlibat. Orang yang tertarik pada kasus tersebut dan yang terpengaruh oleh kesalahan tersebut meliputi pegawai lainnya, manajemen, pelanggan/pasien lain, pembuat kebijakan, pesaing, media, pemasok, badan akreditasi, sistem hukum, dan pemegang saham/investor. Orang-orang ini bisa dianggap sebagai pemangku kepentingan dalam apotek. Dalam mengelola respons terhadap kesalahan pengobatan katastrofik, perlu diidentifikasi pemangku kepentingan yang terkait, kerugian dan kepentingan setiap pemangku kepentingan harus dilindungi, kerugian total harus diminimalisir dan harus

tetap dijaga pengendalian situasinya. Standar untuk menyesuaikan kepentingan-kepentingan ini adalah kesetaraan luaran dan keadilan prosedural. Dengan kata lain, apakah setiap kelompok dilayani secara adil dengan suatu proses yang tanggap dan terbuka (Seiders dan Berry, 1998)? Setelah terjadinya kesalahan pengobatan katastrofik, akan ada tekanan pada manajer untuk mendukung bawahannya dan meminimalkan kerugian hukum. Mendukung satu kelompok pemangku kepentingan dibanding yang lainnya adalah hal yang tidak bijaksana, tidak etis, dan buruk untuk bisnis secara keseluruhan.

Penting sekali untuk ditekankan bahwa praktisi dan organisasi pelayanan kesehatan yang terlibat harus menghindari mendapat persepsi sebagai penjahat. Satu hal untuk ditunjukkan sebagai praktisi baik yang terlanjur membuat suatu kesalahan dan praktisi lainnya digambarkan sebagai pendendam dan tidak peka.

Korban kesalahan katastrofik berhak mendapat kompensasi yang adil dan sebanding dengan penderitaan mereka. Rekomendasi berikut ini dibuat untuk merespons korban dan keluarga korban setelah terjadinya kesalahan yang serius. Pertama, korban dan keluarganya menginginkan kebenaran tentang apa yang telah terjadi. Tuntutan pelanggan/pasien akan hal ini cukup jelas—di atas 98% (Witman, Park, dan Hardin, 1996). Selanjutnya, korban dan keluarganya menginginkan kompensasi untuk kerugian emosional, psikologis, dan finansial dari kesalahan pengobatan katastrofik. Kerugian emosional dapat diperbaiki melalui permintaan maaf, kerugian psikologis melalui jaminan bahwa sistem akan dibenahi, dan kerugian pasien dalam hal waktu, uang, dan ketidaknyamanan melalui penyelesaian finansial.

Kasus Ben Kolb: Suatu Contoh tentang Apa yang Akan Dilakukan

Ben mengalami koma selama hampir 24 jam. Orang tua dan kakak perempuannya menjaga di sebelah tempat tidurnya seiring kabut penyangkalan mereka perlahan-lahan menghilang. Hari berikutnya mereka menyetujui untuk melepas ventilator, dan ia ditetapkan mati otak. Seperti halnya kematian Jose Martinez, banyak yang dapat dipelajari dari apa yang terjadi setelah kematian Ben Kolb. Pertama, manajer Resiko Rumah Sakit, Doni Haas, telah menyimpan semua jarum suntik dan vial yang digunakan untuk Ben dan mengirimnya ke laboratorium analisis yang independen. Kedua, Haas berjanji kepada orang tua Ben bahwa ia "akan menemukan jawabannya untuk mereka, jika memang ada." Ternyata memang ada. Hasil uji menunjukkan bahwa telah terjadi kesalahan, sebuah keteledoran, kelalaian manusia dalam sistem yang menyebabkan kemungkinannya semakin besar terhadap terjadinya kesalahan tersebut. Ben Kolb, menurut laporan tersebut, tidak pernah disuntik dengan

lidokain sama sekali. Jarum yang seharusnya terisi lidokain kenyataannya berisi epinefrin dalam konsentrasi yang sangat tinggi dan seharusnya hanya untuk pemakaian luar. Prosedur di ruang operasi RS Martin Memorial pada saat itu adalah epinefrin topikal dituang ke dalam wadah plastik, dan lidokain dituang ke wadah di sebelahnya yang terbuat dari logam. Ini adalah prosedur yang digunakan di seluruh negara, sebuah cara untuk memindahkan obat dari wadahnya ke meja operasi. Menurut Richmond Harman, CEO Rumah Sakit, "Prosedur ini mungkin sudah dilakukan 100.000 kali di fasilitas kami tanpa terjadi kesalahan." Namun, ini menjadi pelajaran untuk rumah sakit bahwa prosedur tersebut cacat. Karena ada kemungkinan larutannya dituang ke dalam atau diambil dari wadah yang salah. Sebagai gantinya, sebuah sumbat, yang dinamakan *spike*, bisa ditaruh di atas vial lidokain, menyebabkan obatnya diambil dari botol yang berlabel langsung ke dalam jarum suntik yang berlabel. Eliminasi satu tahap akan menghilangkan satu peluang faktor manusia untuk ikut andil. Haas menerima hasil laboratorium 3 minggu setelah Ben meninggal. Keluarganya kemudian menyewa pengacara, lalu Haas dan McLain menempuh perjalanan selama 2 jam dan bertemu dengan keluarga Kolb di kantor pengacara Krupnick, Campbell, Malone, Roselli, Buser, Slama dan Hancock. "Ini sangat tidak lazim," kata Richard J. Roselli, salah satu pengacara paling sukses bidang malpraktik di Florida dan presiden Academy of Florida Trial Lawyers. "Ini adalah kejadian pertama yang pernah saya alami karena rumah sakit melangkah maju, menunjukkan tanggung jawab mereka, dan mencari apa pun yang dapat membantu keluarga korban." Penyelesaian finansial disepakati saat tengah malam, tetapi kedua pihak tidak memberitahu jumlah yang akan dibayarkan kepada keluarga Kolb. Setelah surat pernyataan ditandatangani, keluarga Kolb meminta izin untuk berbicara dengan para dokter di rumah sakit itu. Hal pertama yang dilakukan Tim, ayah Ben, saat memasuki ruang operasi adalah memeluk dokter bedah puteranya. Selanjutnya pertanyaan mengalir bertubi-tubi, pertanyaan yang membuat keluarga Kolb tetap terjaga di malam hari, pertanyaan yang mungkin tidak akan pernah bisa ditanyakan bila kasusnya memakan waktu bertahun-tahun di pengadilan. Apakah Ben merasa takut saat detak jantungnya mulai melemah? Apakah ia merasa sakit? Seberapa sakitkah ia? Para dokter menjelaskan hal-hal yang tidak diketahui keluarga Kolb, bahwa Ben telah berada di bawah pengaruh anestesi umum jauh sebelum terjadinya kesalahan. "Keputusan yang saya ambil untuknya adalah sama dengan yang akan saya ambil jika ia adalah anak saya," kata McLain. Sesaat sebelum keluarga Ben pergi, mereka menyatakan bahwa tidak masalah jika keluarga Ben tetap menggunakan rumah sakit Martin Memorial untuk perawatan kesehatan mereka. "Tentu saja," kata Haas, sambil berterima kasih dan terkesima. Akankah rumah sakit itu berjanji untuk menyebarluaskan berita tentang bagaimana

Ben meninggal sehingga prosedur yang menjadi tanda tanya itu bisa diubah di tempat-tempat lain? Haas berjanji melakukannya. Dengan demikian, kasus keluarga Kolb ditutup, tetapi itu belum berakhir. Tim Kolb tetap melatih tim sepakbola anaknya. Keluarga tersebut tetap berduka cita (dari "How We Can Save the Next Victim?" oleh Lisa Belkin, *New York Times Magazine*, 15 Juni 1997, hlm. 63-64).

Hubungan Media

Kesalahan pengobatan katastrofik merupakan kejadian yang patut dijadikan berita, khususnya jika terjadi kematian korban. Pelayanan kesehatan tidaklah kebal dari kesalahan. Kesalahan semacam itu tidak bisa dirahasiakan. Sebagai akibat pemberitaan yang buruk kepada publik, reputasi akan jatuh, dengan konsekuensi nyata bagi praktisi perorangan ataupun institusinya. Satu-satunya tujuan yang ada, setidaknya di tahap awal, untuk merehabilitasi reputasi individual dan institusional melalui pesan dan respon yang lewat media.

Hal yang sering terjadi, dan hampir selalu akan terjadi, adanya hubungan periklanan alami dengan media. Dalam berhubungan dengan media luar, terdapat pilihan sebagai berikut (1) tidak mengatakan sama sekali, (2) menyangkal atau tidak mengakui tuduhannya, (3) menyatakan tidak akan ada tanggung jawab atas kejadian tersebut, (4) meminimalkan dampaknya, (5) mengakui dan meminta maaf, dan (6) gabungan dari pilihan-pilihan tersebut (benoit dan Brenson, 1994). Ada dua jenis audiens tentang kesalahan pengobatan. Audiens pertama adalah masyarakat umum, yang menginginkan informasi tentang apa yang sedang terjadi dan bagaimana hal itu bisa terjadi; fokusnya adalah pada "Bagaimana jika saya yang mengalaminya?" Audiens kedua terdiri dari berbagai pemangku kepentingan, yang di lain pihak, ingin mengetahui bagaimana masalah itu akan memengaruhi kepentingan mereka dan bagaimana manajemen menanganinya. Audiens yang pertama mengharapkan keterbukaan; yang lainnya mungkin menginginkan kehati-hatian.

Saran mengenai apa yang sebaiknya dikatakan dan bagaimana cara berhubungan dengan media masih menjadi perdebatan. Salah satu pendekatan menyarankan untuk tidak mengatakan apapun dan mengatakannya dengan hati-hati. Namun, saran seperti ini bisa merugikan. Daripada melakukan pendekatan yang tertutup, cara terbaik untuk memulihkan reputasi yang ternoda melalui media dengan cara cukup sederhana—berlaku jujur, terbuka, dan menjadi yang pertama. Tenangkan media dengan mengatakan berita-berita yang buruk lebih dulu dan dengan cepat. Bangunlah keterbukaan dan keterusterangan. Tidak berlaku jujur, terbuka, dan berusaha seawal mungkin hanya akan membuat Anda menjadi pihak yang defensif. Selain itu, tekankan hal-hal baik yang telah Anda lakukan.

Apakah akan meminta maaf atau tidak merupakan pilihan yang sulit. "Pengakuan itu baik untuk jiwa, dan jika Anda melukai hati seseorang, meskipun tanpa sengaja, sebaiknya katakan 'maaf.' Namun, bila dengan itu ada kemungkinan Anda berakhir di pengadilan, sebaiknya Anda pikirkan dua kali." (Saccoca, 1984). Daripada menyampaikan permintaan maaf yang palsu, disarankan membuat pengumuman yang ambigu (Sellnow dan Ulmer, 1995). Ambiguitas adalah mengatakan sesuatu tanpa mengatakannya atau tidak mengatakan sesuatu saat mengatakannya. Satu contoh pendekatan ambigu adalah yang digunakan oleh Jack in the Box pada tahun 1993 menyusul dilaporkannya kematian akibat hamburger yang tercemar *Escherichia coli*. Perusahaan itu menyatakan, "Meskipun belum jelas apakah penyebab sakitnya terkait dengan daging yang kurang matang, Jack in the Box mengumumkan hari ini telah dilakukan pemeriksaan untuk memastikan [bahwa] semua jenis menu yang dipersiapkan telah sesuai dengan laporan yang dikeluarkan kemarin oleh Departemen Kesehatan Negara Bagian Washington (Sellnow dan Ulmer, 1995 hlm. 142).

Tidak seorang pun dapat memberi label harga untuk nyawa seseorang dan tidak juga dapat memberi ganti rugi yang cukup untuk penderitaan yang disebabkan oleh kesalahan pengobatan katastrofik. Juga tidak seorangpun yang benar-benar dapat memahami dampak kejadian tersebut bagi seorang praktisi. Apa yang telah terjadi tidak pernah dapat dibatalkan. Hal yang dapat dilakukan adalah: Menanggapi secara terbuka, baik, peduli, empati, dan etis. Ini merupakan suatu ujian karakter. Pilihan pada akhirnya adalah antara mengambil jalan panjang atau mengambil jalan yang bijaksana dalam hal kepentingan pribadi. Sebagai praktisi yang terlibat dalam aktivitas moral yang lebih tinggi dalam pelayanan kesehatan sebagai kebalikan dari komersial murni, hal ini merupakan kewajiban. Jalan panjang juga akan baik untuk bisnis.

Sebagai sebuah persoalan praktis, respons yang berhasil untuk kesalahan pengobatan katastrofik memerlukan tahap-tahap berikut ini:

- *Deteksi sinyal.* Kesalahan pengobatan katastrofik bukanlah suatu hal yang mengejutkan. Kesalahan "rutin" dan non-katastrofik memberi pertanda hal yang tidak terelakkan.
- *Persiapan dan pencegahan.* Organisasi terbaik melakukan semua hal yang bisa mereka lakukan untuk mencegah kesalahan pengobatan katastrofik sementara mereka juga mengetahui bahwa mereka harus bersiap dan merencanakan untuk kejadian yang tidak terelakkan.
- *Penahanan/pembatasan kerusakan.* Tujuan tahap ini adalah untuk membatasi kerusakan dengan segera.
- *Pemulihan.* Tahap ini melibatkan penetapan prosedur untuk pemulihan bisnis jangka pendek dan jangka panjang sambil memahami apa kegiatan utama dalam melayani pemangku kepentingan utama.

- *Belajar.* Pencermatan dan pemeriksaan kritis tentang apa yang terjadi ditujukan pada tahap pencegahan (diadaptasi dari Pearson dan Mitroff, 1993).

Kesalahan Peresepan Non-katastrofik dan Gangguan Layanan

Hal yang sering terjadi dalam penjualan produk-produk dan jasa kefarmasian adalah kesalahan pengobatan non-katastrofik (yaitu, kerusakan yang dengan mudah diperbaiki) dan gangguan layanan (yaitu, teknisi tidak sopan, tagihan/bon terlambat, dsb.). Pandangan yang muncul dalam mutu layanan dan pemasaran hubungan menekankan berubahnya pelanggan yang tidak puas, karena mengalami kekurangan atau kesalahan layanan, menjadi pelanggan yang puas atau sembuh. *Pemulihan layanan* adalah suatu proses, serangkaian kejadian yang dimulai dengan mengetahui suatu gangguan atau kesalahan layanan, diikuti dengan serangkaian interaksi antara pelanggan yang dirugikan dengan pemberi layanan. Proses ini diakhiri dengan sebuah keputusan dan alokasi luaran. Setiap rangkaian interaksi menjadi sasaran evaluasi oleh pelanggan.

Penelitian empiris pada pemulihan layanan mencari cara untuk mengetahui respons organisasi terhadap gangguan layanan yang secara efektif memperbaiki ketidakpuasan pelanggan. Bell dan Zemke (1987) membedakan lima elemen untuk pemulihan layanan: permintaan maaf, pengembalian yang mendesak, empati, penebusan kesalahan secara simbolik, dan tindak lanjut. Johnston (1995) membedakan elemen-elemen berikut ini untuk pemulihan layanan: pemberian informasi tentang masalah yang terjadi dan apa yang sedang dilakukan, tindakan dalam merespons pelanggan atau lebih diutamakan tanpa diminta pelanggan, penampilan yang diperlihatkan staf, dan keterlibatan pelanggan dalam pengambilan keputusan. Dalam bidang ritel, rekomendasi untuk pemulihan layanan meliputi potongan harga, perbaikan, campur tangan manajer/pegawai, perbaikan plus penggantian, permintaan maaf, pengembalian uang, dan kredit toko (Kelly, Hoffman, dan Davis, 1993).

Meskipun tampaknya perusahaan pasti secara naluriah akan berusaha memperbaiki kesalahannya, penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 17% perusahaan tidak berbuat apa-apa setelah terjadi gangguan atau kesalahan layanan dan bahwa sekitar sepertiga inisiatif pemulihan layanan tidak bisa diterima oleh pelanggan (Kelly, Hoffman, dan Davis, 1993). "Paradoks pemulihan layanan" adalah bahwa pemulihan layanan yang efektif membuat pelanggan menghargai layanan lebih baik dibanding jika dari awal tidak pernah terjadi masalah (McCollough dan Bharadwaj, 1992). Selain itu, pemulihan layanan yang efektif menyusul gangguan atau kesalahan layanan ternyata berdampak lebih besar terhadap

kepuasan secara keseluruhan dibanding layanan awal (Spreng, Harrell, dan Mackoy, 1995). Selain itu, pemulihan layanan yang efektif ternyata berdampak nyata dan positif terhadap perilaku pelanggan; khususnya kesetiaan terhadap perusahaan, kecenderungan untuk berpindah, dan kemauan untuk membayar lebih besar, atau mengeluh kepada pegawai (Zeithaml, Berry, dan Parasuraman, 1996). Akhirnya, penelitian menunjukkan bahwa pemulihan layanan yang efektif menyebabkan bertaahannya lebih dari 70% pelanggan (Kelly, Hoffman, dan Davis, 1993).

Schweikhart dan Strasser (1993) menekankan masalah pemulihan layanan dalam konteks pelayanan kesehatan. Masalah tersebut adalah (1) kurangnya tradisi pemasaran yang kuat, (2) biaya dan waktu untuk menerapkan program, (3) kurangnya kesiapan organisasi dan profesional untuk pemulihan layanan, (4) dilema tentang siapa targetnya, pasien atau keluarganya, dan (5) pemahaman tentang respons yang tepat. Pengarang-pengarang ini merangkum dilema pemulihan layanan dalam pelayanan kefarmasian saat mereka mengumumkan, "Adalah masuk akal untuk mengeluarkan biaya \$ 50 untuk mereparasi mobil, tetapi apakah masuk akal bagi suatu rumah sakit untuk mengeluarkan dana \$5.000 untuk perbaikan hernia inguinal kiri?" Selain kesulitan-kesulitan ini, memberikan layanan bermutu yang melebihi harapan pelanggan/pasien memerlukan pemahaman farmasis tentang masalah-masalah yang terkait dan mengambil tahap-tahap yang sesuai untuk merespons situasi yang disebabkan oleh kesalahan persepsi katastrofik, dan kegagalan layanan. Meskipun berlebihan, intinya sekali lagi: kesalahan tidak bisa dihindarkan; pelanggan yang tidak puas bisa dihindarkan.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Maria Perez mengalami kegagalan layanan dari apotek dan harapannya jelas tidak terpenuhi. Beberapa kemungkinan yang muncul di luar kendali segera dari farmasis. Misalnya, seorang dokter mungkin perlu dihubungi sebelum meracik suatu obat yang diresepkan, dan katakanlah, dokter atau wakilnya dapat jadi tidak bisa segera Anda hubungi. Namun, Anda mempunyai pengaruh langsung terhadap jenis layanan yang Anda berikan dan menghasilkan persepsi pelanggan apapun situasinya. Manajer apotek yang dikunjungi Maria telah menganggap sepele pentingnya berbagai hal yang tidak tampak bagi Maria, seperti penampilan apotek dan cara pegawai pendukung menyapanya.

■ KESIMPULAN

Telah dikatakan bahwa perusahaan besar menghargai niat baik tiap pelanggannya seolah-olah hal itu merupakan akun yang berharga. Tujuannya adalah untuk deposit akun tersebut, menambah lebih banyak dari yang dikeluarkan dan membayar

dividen yang tidak diharapkan. Menambah deposit ke dalam akun itu merupakan hal mudah—berikan layanan yang superior. Untuk memberi layanan yang superior memerlukan perancangan, pengelolaan, dan pemasaran layanan kefarmasian dengan suatu cara yang dapat menghasilkan persepsi pelanggan melebihi harapannya terhadap layanan tersebut. Akankah pelanggan, saat meninggalkan apotek, berpikir, "Ini pengalaman yang memuaskan"? Layanan yang superior juga memerlukan orang-orang dan profesional yang dapat menyesuaikan diri terhadap pelanggan. Bagaimana hal itu dapat terjadi? Pastikanlah pegawai telah diberikan kuasa. Perlakukan pegawai seperti Anda berharap mereka melakukannya pelanggan Anda. Jika terjadi kesalahan, pasti mereka akan memperbaiki masalah itu dengan senang hati dan cepat. Berikan kompensasi atas kerugian yang mereka derita. Berikan jaminan kepada mereka bahwa hal itu tidak akan terjadi lagi. Perlakukan mereka sebagaimana Anda ingin diperlakukan. Apakah memberikan layanan yang baik secara konsisten itu mudah? Tidak. Apakah menguntungkan? Ya.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Uraikan satu kejadian saat Anda mengalami layanan yang sangat baik. Apa yang membuatnya demikian?
2. Uraikan satu insiden saat Anda mengalami layanan yang sangat buruk. Apa yang membuatnya demikian?
3. Apa yang Anda yakini sebagai hal yang sangat bernilai bagi pelanggan apotek yang khas dalam suatu penyelenggaraan layanan?
4. Uraikan suatu kejadian di tempat Anda bekerja sebagai seorang pegawai, ketika mengalami layanan yang baik dari perusahaan itu. Apa yang membuat hal itu terjadi? Apa perasaan Anda tentang itu?
5. Uraikan suatu kejadian di tempat Anda bekerja sebagai seorang pegawai, saat layanan yang buruk dari perusahaan. Apa yang membuatnya demikian? Apa yang Anda rasakan tentang itu?
6. Apa harapan pelanggan terhadap layanan apotek dalam lingkungan rawat jalan, pengobatan jangka panjang, rawat inap, dan rumah sakit? Bagaimana perbedaannya?
7. Jelaskan bagaimana layanan makan larut malam bisa dihargai jauh lebih tinggi dibanding layanan di restoran berbintang lima?

REFERENSI

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2007. Medical errors: The scope of the problem. Tersedia di www.ahrq.gov/qual/errback.htm.
- Beckwith H. 1997. *Selling the Invisible*. New York: Warner Books.

- Bell C, Zemke R. 1987. Service breakdown, the road to recovery. *Manag Rev* October:32.
- Benoit W, Brinson S. 1994. Apologies are not enough. *Commun Q* 42:75.
- Berry L, Parasuraman A, Zeithaml V. 1994. Improving service quality in America: Lessons learned. *Acad Manag Exec* 8:32.
- Bowen DE, Gilliland SW, Folger R. 1999. HRM and service fairness: How being fair with employees spills over to customers. *Organ Dyn* 27:7.
- Bowen D, Lawler E III. 1992. The empowerment of service workers: What, why, how, and when. *Sloan Manag Rev* Spring:31.
- Fitzsimmons JA, Fitzsimmons MJ. 1994. *Service Management for Competitive Advantage*. New York: McGraw-Hill.
- Fleming J, Coffman C, Harter J. 2005. Manage your Human Sigma. *Harvard Business Review* (HBR) July-August:106.
- Frei F. 2006. Breaking the tradeoff between efficiency and service. *Harvard Business Review* (HBR) November:93.
- Iacocca L. 1984. *Iacocca: An Autobiography*. New York: Bantam Books.
- Johnston R. 1995. Service failure and recovery: Impact, attributes, and process. *Adv Ser Market Manag* 4:211.
- Karr R, Blohowiak D. 1997. *The Complete Idiot's Guide to Great Customer Service*. New York: Alpha Books.
- Kelley S, Hoffman K, Davis M. 1993. A typology of retail failures and recoveries. *J Retail* 69:429.
- McCullough M, Bharadwaj S. 1992. The recovery paradox: An examinations of consumer satisfaction in relation to disconfirmation, service quality, and attribution based theories. In Allen C et al. (eds), *Marketing Theory and Applications*. Chicago: American Marketing Association.
- Norman R. 1984. *Service Management*. New York: Wiley.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. 1994. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *J Market* 58:111.
- Parasuraman A, Berry L, Zeithaml V. 1991. Understanding customer expectations for service. *Sloan Manag Rev* Spring:39.
- Pearson C, Clair J. 1998. Reframing crisis management. *Acad Manag Rev* 23:59.
- Pearson C, Mitroff I. 1993. From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *Acad Manag Exec* 7:48.
- Schweikhart S, Strasser S. 1993. Service recovery in health service organizations. *Hosp Health Serv Admin* 1:3.
- Seiders K, Berry L. 1998. Service fairness: What it is and why it matters. *Acad Manag Exec* May:8.
- Sellnow T, Ulmer R. 1995. Ambiguous argument as advocacy in organizational crisis communication. *Argument Advocacy* 31:138.
- Senders J, Moray N. 1991. *Human Error: Cause, Prediction, and Reduction*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spreng R, Harrell G, Mackoy R. 1995. Service recovery: Impact on satisfaction and intentions. *J Serv Market* 1:15.
- Witman A, Park D, Hardin S. 1996. How do patients want physicians to handle mistakes? *Arch Intern Med* 156:2565.
- Zeithaml V, Berry L, Parasuraman B. 1996. The behavioral consequences of service quality. *J Market* April:31.

PERMASALAHAN DI TEMPAT KERJA SAAT INI

Vincent J. Giannetti

Tentang Penulis: Dr. Giannetti adalah profesor ilmu farmasi di bidang sosial dan administratif di Mylan School of Pharmacy of Duquesne University. Beliau mengajar secara paruh waktu untuk mata kuliah perilaku organisasi dan manajemen asuhan kesehatan di School of Business. Dr. Giannetti juga seorang psikolog berlisensi di Negara bagian Pennsylvania dan telah mendapatkan gelar sarjana di bidang psikologi, kesehatan masyarakat, dan pekerjaan sosial. Publikasinya lebih terfokus pada etika asuhan kesehatan, penyalahgunaan bahan-bahan kimia, dan kesehatan yang berkaitan dengan perilaku.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan proses dan implikasi penyediaan peningkatan pekerjaan di tempat kerja.
2. Menjelaskan bagaimana perkumpulan pekerja dan adanya persatuan buruh memengaruhi proses manajerial dan pengambilan keputusan.
3. Menjelaskan permasalahan mendasar dalam keselamatan kerja.
4. Mendiskusikan metode untuk membantu pegawai mengatasi stres.
5. Mengidentifikasi persyaratan untuk turun tangan menangani farmasis yang berkinerja kurang.
6. Mengidentifikasi serta membicarakan pengembangan dan metode terkait untuk memahami dan mengelola karir pegawai.
7. Menjelaskan konsep hukum yang terkait dengan diskriminasi di tempat kerja.
8. Mengidentifikasi dan membicarakan syarat utama dari aturan pemerintah pusat yang membahas diskriminasi di tempat kerja dan kesetaraan kesempatan.
9. Menjelaskan bagaimana permasalahan yang diajukan pada bab ini sesuai dengan konsep etika manajemen bisnis.

■ SKENARIO

Ann Kolawieczki telah bekerja pada apotek rumah sakit setempat selama 3 tahun sejak lulus dari sekolah farmasi. Ann tidak puas dengan rutinitas pekerjaannya dan mulai mempertanyakan pilihan karirnya. Sebagai tambahan, dia sedang mengalami masalah pribadi yang menyebabkannya terlihat melamun dan kacau di tempat kerja. Baru-baru ini dia kehilangan kesabaran kepada seorang perawat yang meminta kejelasan terkait obat yang dikirimkan ke *floor*. Ann pulang bekerja pada suatu malam dengan beberapa staf lainnya dan tampak mabuk. Supervisornya mendeteksi nafas Ann sedikit berbau alkohol dan tak

lama setelah kejadian tersebut Ann menjadi sering terlambat bekerja dan terlihat lebih kacau saat bekerja. Ann pernah mengeluh tentang perilaku beberapa teknisi farmasi dan farmasis pria. Mereka memperolok kejadian saat Ann mabuk dan memberikan komentar yang tidak sepatutnya.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana cara merancang ulang pekerjaan farmasis dan personel pendukungnya agar mencerminkan praktik modern yang berorientasi pada pasien?
2. Apakah tipe stres yang ditimbulkan di tempat kerja dan bagaimana stres pribadi memengaruhi pekerjaan?
3. Apa tanggung jawab manajer dalam mengidentifikasi permasalahan pribadi pegawai dan membantu pegawai agar memperoleh bantuan yang sesuai?
4. Bagaimanakah suatu kekurangan perencanaan karir menjadi sumber ketidakpuasan? Bagaimana manajer dapat membantu pegawai dalam mengembangkan karir mereka?
5. Apa sajakah beberapa permasalahan utama mengenai kesetaraan kesempatan dan diskriminasi di tempat kerja? Bagaimana hukum pemerintah pusat terkait dengan tanggung jawab manajer untuk menjamin lingkungan kerja yang adil dan setara?
6. Bagaimanakah kehadiran kekuatan perkumpulan pekerja memengaruhi keputusan manajemen sumber daya manusia yang dibuat oleh suatu organisasi?
7. Apa permasalahan terbesar dan persyaratan saat menjamin keselamatan dan kesehatan kerja?
8. Bagaimana seharusnya budaya bisnis dasar memengaruhi pengambilan keputusan di apotek dan asuhan kesehatan?

■ PENDAHULUAN

Keterlibatan dengan Ann di tempat kerja memberikan banyak tantangan dan membutuhkan pengetahuan dan keterampilan dasar dalam bidang hubungan antar manusia dan sumber daya. Apakah ketidakpuasan Ann merupakan akibat dari permasalahan pribadi, atau apakah lingkungan organisasi penyebab terbesar ketidakpuasannya? Apakah sifat organisasi dan budaya kerja bertanggung jawab terhadap ketidakpuasan di tempat kerja? Dengan cara apa supervisor Ann dapat mengetahui kinerja Ann serta apa kewajiban dan tanggung jawab manajer dalam menghadapi Ann mengenai konsumsi alkoholnya? Terakhir, jika tercipta lingkungan yang bermusuhan, apa saja pilihan Ann dan apa tanggung jawab manajer menghadapi situasi tersebut?

Manajemen sumber daya manusia yang baik dalam suatu organisasi modern bukanlah tugas yang mudah. Mengelola perkembangan karir, bekerja dalam organisasi dengan karakter yang beragam, serta mengarahkan lewat peraturan

dan perundang-undangan yang kompleks dalam masyarakat yang semakin menuntut merupakan tantangan yang besar bagi seorang manajer. Umumnya divisi sumber daya manusia yang menangani permasalahan-permasalahan tersebut dan fungsi terkait. Namun, seorang manajer tetap harus memiliki kesadaran dan pengetahuan dasar tentang stres pada pegawai, pengembangan karir, dan keanekaragaman untuk mengelola secara efektif dan juga menjadi mentor. Identifikasi awal mengenai permasalahan dan tantangan serta pengawasan yang efektif saat proses konsultasi dengan sumber daya manusia merupakan bagian dalam fungsi rutin manajemen yang utuh. Kepuasan pegawai, stres terkait pekerjaan, kemajuan karir, dan keadilan di tempat kerja merupakan faktor yang paling penting dalam menjalankan organisasi secara sehat dan efektif.

■ PENGAYAAN PEKERJAAN (JOB ENRICHMENT) DAN KUALITAS KEHIDUPAN KERJA

Walaupun ada banyak survei tentang kepuasan kerja di apotek, pengembangan konsep manajemen terapi pengobatan sebagai suatu paradigma baru di dunia pendidikan dan praktik telah menimbulkan dilema bagi pengelolaan apotek. Manajemen layanan apotek akan menghadapi tantangan yang unik karena adanya pendidikan berkelanjutan serta filosofi praktik ke arah pemberian pelayanan bernilai tambah dan tanggung jawab bersama untuk luaran terapeutik. Walaupun konsep asuhan farmasi diintegrasikan dengan baik ke dalam pendidikan, ada keteringgalan dalam penerapannya di ranah praktik (Cipolle dan Strand, 1988). Keteringgalan atau ketidaksesuaian antara filosofi pendidikan dan kenyataan praktik berpotensi menjadi penyebab kekecewaan dan ketidakpuasan terhadap praktik keprofesian, khususnya sebagai seorang farmasis yang baru lulus yang mencari cara untuk meningkatkan karirnya. Dalam konteks ini, lingkungan pekerjaan yang diperkaya, kepuasan kerja, dan konseling mengenai karir merupakan hal yang sangat kritis baik bagi farmasis maupun profesi. Sebagai tambahan, seiring dengan populasi Amerika yang semakin beraneka ragam dan lebih besarnya kemungkinan akses dunia terhadap asuhan kesehatan, farmasis harus mampu mengelola tentang keanekaragaman budaya dengan pemahaman yang lebih baik.

Dalam banyak hal, pekerjaan farmasis terus dipengaruhi dengan teori rancangan pekerjaan klasik yang menekankan pada standarisasi, segmentasi, dan kebergantungan yang berlebihan terhadap prosedur, aturan, dan hierarki. Rancangan pekerjaan klasik sangat berhubungan dengan pekerjaan produksi yang membutuhkan ketepatan, efisiensi, dan kepatuhan terhadap perintah. Pengawasan yang ketat, pembimbingan, dan peraturan yang kaku seringkali dipilih

untuk mengurangi permasalahan kualitas (Taylor, 1911). Rancangan pekerjaan yang klasik sangat sesuai untuk fungsi peracikan bagi farmasis. Jika misi utama apotek adalah untuk memberikan pengobatan yang tepat dengan dosis yang tepat untuk pasien yang tepat, rancangan pekerjaan klasik dapat mewujudkan misi tersebut dengan baik. Namun, sebagai farmasis yang "dididik secara klinis" kemudian masuk ke dunia kerja dengan membawa serta sejumlah harapan, suatu keinginan untuk meningkatkan profesionalisme, dan filosofi praktik yang berbeda, lingkungan pekerjaan yang diperkaya akan sangat dibutuhkan untuk menindaklanjuti "kebutuhan tingkat lebih tinggi" untuk melatih otonomi dan penilaian profesional. Kesesuaian di antara pendidikan, kebutuhan profesi, dan lingkungan praktik harus menjadi fokus manajemen apotek. Lingkungan pendidikan telah meningkatkan harapannya terhadap asuhan farmasi dan manajemen terapi pengobatan (*medication therapy management*, MTM). Lingkungan praktik harus membentuk permintaan pasar. Langkah pertama pada proses perubahan ini adalah merancang ulang lingkungan kerja untuk menciptakan perbaikan situasi intrinsik. Cara yang paling efektif untuk memasarkan MTM adalah membiarkan masyarakat melihat dan belajar untuk menghargai pelayanan berbasis pengetahuan yang bisa diberikan oleh farmasis. Perbaikan lingkungan kerja akan memfasilitasi proses ini, menegaskan pentingnya proses ini, dan memenuhi harapan dan kebutuhan akan farmasis yang terlatih secara klinik.

Walaupun gaji besar mampu mempertahankan komitmen profesi jangka pendek, uang tidak dapat terus-menerus mengompensasi profesional dan stagnasi. Karena farmasis perlahan-lahan sepenuhnya berkembang menjadi "pekerja berpengetahuan", faktor motivasi intrinsik akan menjadi semakin penting untuk rekrutmen dan mempertahankan pegawai. Seiring otomatisasi dan pengambilalihan pekerjaan farmasis yang bersifat rutin dan yang kurang membutuhkan penilaian oleh teknisi farmasis, ada kemungkinan untuk mempertimbangkan kembali merancang ulang pekerjaan untuk farmasis.

Idealnya, rancangan pekerjaan terbaik untuk apotek berdasarkan penyesuaian antara pendidikan dan harapan praktisi dengan kenyataan pasar. Rancangan pekerjaan memainkan peranan dalam menentukan kepuasan dan kualitas kehidupan kerja para praktisi. Jika pendidikan yang diperoleh farmasis untuk pasar yang tidak ada atau pekerjaan yang tidak menyediakan kesempatan untuk melatih pendidikan dan pengetahuan, ketidakpuasan dan mandeknya karir akan terjadi.

Kerja yang termotivasi secara intrinsik dan lingkungan pekerjaan yang diperkaya (*enriched job*) mempunyai tujuan umum baik untuk meningkatkan kepuasan maupun untuk perbaikan kinerja. Teori karakteristik pekerjaan berusaha keras mewujudkan 3 tahapan psikologis dasar yang ber-

hubungan dengan motivasi intrinsik: (1) pengalaman yang berarti dalam bekerja, (2) tanggung jawab terhadap hasil, dan (3) pengetahuan tentang hasil pekerjaan (Hackman et al., 1975). Karakteristik pekerjaan inti untuk mencapai tujuan ini dibangun ke dalam rancangan pekerjaan. Hal ini termasuk *keragaman keterampilan*, *identitas tugas*, *kepentingan tugas*, *otonomi* dan *umpan balik*. Karakteristik pengayaan ini berfungsi sangat baik pada pekerja yang mempunyai kebutuhan kuat untuk berkembang, mencapai kesuksesan pribadi, menentukan arah diri, dan kebutuhan untuk belajar. Tahap pertama dalam proses pengayaan adalah mengidentifikasi pekerjaan yang sekarang dalam hal karakter inti. Pekerjaan tersebut kemudian dapat dirancang ulang untuk merefleksikan tahap psikologis kritis yang dibutuhkan untuk peningkatan pekerjaan. Pertanyaan-pertanyaan berikut dapat digunakan sebagai panduan.

1. Sampai seberapa jauh pekerjaan menyaratkan berbagai macam jenis tugas yang membutuhkan pengetahuan dan keterampilan lebih tinggi dimiliki oleh pegawai? (*Keragaman keterampilan*)
2. Sejauh apa pekerjaan membutuhkan pelaksanaan suatu rangkaian lengkap dari intervensi atau tugas yang menjadi tanggung jawab pegawai? (*Identifikasi tugas*)
3. Sampai seberapa jauh tugas dilaksanakan dengan sangat baik untuk kesejahteraan pihak lain dan juga organisasi? (*Kepentingan tugas*)
4. Seberapa jauh pegawai dapat melatih penilaian mandiri dalam melaksanakan pekerjaannya? (*Otonomi*)
5. Sampai seberapa jauh pekerjaan memberikan umpan balik tentang hasil usaha perorangan dari seorang supervisor atau rekan kerja? (*Umpan balik*)

Berbagai macam lingkungan praktik memiliki tingkat pengayaan karakteristik yang berbeda-beda, dan kebutuhan untuk kerja yang sangat diperkaya dapat bervariasi antar farmasis. Ketepatan perancangan ulang pekerjaan juga akan bervariasi tergantung lokasi praktik, sumber daya organisasi, dan keinginan berinovasi. Namun, memodifikasi atau meningkatkan jumlah dan frekuensi sifat-sifat ini membutuhkan perubahan baik di lingkungan praktik apotek internal maupun eksternal. Lingkungan internal harus dimodifikasi dengan mengubah insentif keuangan. Penuhi kebutuhan reorganisasi sehingga benar-benar memahami nilai dari pelayanan berbasis pengetahuan. Jika volume resep tetap menjadi tujuan utama dari asuhan kefarmasian dan menjadi sumber utama penghasilan, tahap peracikan obat akan menjadi kemungkinan terbesar pengayaan pekerjaan. Lingkungan eksternal harus dimodifikasi untuk menciptakan permintaan konsumen dan memperoleh nilai tambah bagi sistem asuhan kesehatan sebagai hasil dari integrasi pelayanan kognitif ke dalam praktik kefarmasian.

Manajer garis depan dan supervisor sering mempunyai kontrol terbatas baik terhadap lingkungan internal maupun eksternal dalam pemberian asuhan kesehatan. Namun, jika kepuasan kerja, profesionalisasi, dan kualitas pelayanan terus diperbaiki di apotek, harus ada suatu pengaturan antara konsep ideal, pendidikan, dan pasar serta realita praktik. Manajer harus melihat peran inovasi sebagai bagian terpadu dari tanggung jawab mereka. Kurangnya perhatian mengenai pengayaan pekerjaan akan menghambat profesi untuk menyadari potensi dari pengayaan pekerjaan dan dapat mengarah kepada ketidakpuasan terhadap profesi baik itu dari masyarakat maupun dari kalangan praktisi itu sendiri. Seiring persaingan antar organisasi untuk dapat menarik dan mempertahankan farmasis serta personel pendukungnya yang berkualitas maka pengayaan pekerjaan dan kualitas kehidupan kerja akan tetap menjadi faktor yang menentukan.

■ SERIKAT PEKERJA DAN MANAJEMEN

Proporsi pekerja yang bergabung dalam suatu perkumpulan dan kekuatan konstituen perkumpulan buruh telah mengalami pasang-surut selama bertahun-tahun. Ketika kondisi pekerjaan, upah, dan tunjangan tidak sesuai dengan harapan pegawai, pembentukan perkumpulan pekerja ini sangat diharapkan. National Labor Relations Board bertanggung jawab untuk mengawasi proses pembentukan suatu perkumpulan. Suatu perkumpulan dijamin sangat mewakili pegawai bila 50 persen pegawai memberikan suara untuk suatu perkumpulan. *Closed shop* dan *union shop* mengharuskan keanggotaan dalam suatu perkumpulan pekerja untuk dapat bekerja pada organisasi tertentu; namun, beberapa negara bagian mempunyai undang-undang "hak untuk bekerja" yang lebih penting daripada perkumpulan tersebut. *Closed shop* mewajibkan keanggotaan dalam suatu perkumpulan pekerja agar dapat dipekerjakan dan dianggap tidak sah berdasarkan provisi National Labor Relation Act. Sebuah *union shop* mewajibkan individu untuk bergabung dalam suatu perkumpulan pada waktu yang telah ditentukan setelah bekerja.

Proses administrasi kontrak dan prosedur pengajuan keberatan dapat memiliki pengaruh terhadap kewajiban rutin seorang manajer. Pelaksanaan ketentuan kontrak dan perlakuan yang adil di tempat kerja dimediasi oleh prosedur pengajuan keberatan. Biasanya, keberatan dapat didiskusikan dengan supervisor secara tidak resmi; namun, jika ternyata tidak terselesaikan, wakil serikat pekerja (yaitu perwakilan resmi dari serikat) dapat terlibat baik itu dalam pengajuan keberatan dan tanggapan manajemen mengenai hal itu. Jika situasinya tidak menemukan jalan keluar, untuk pengajuan keberatan dapat diajukan arbitrase dan menghasilkan keputusan yang mengikat kedua belah pihak. Pengajuan keberatan yang paling sering adalah tentang tindakan

disiplin, pemecatan, promosi jabatan, pemberhentian kerja sementara, pemindahan, penugasan kerja, dan penjadwalan (A.S. Mediation and Conciliation Service, 1997). Proses yang tepat merupakan kunci penyelesaian masalah pengajuan keberatan. Kriteria tertentu dapat digunakan sebagai panduan penentuan arbitrase. Manajer harus dapat tetap berpegang teguh terhadap kriteria berikut dalam penguatan dan penyelesaian masalah dengan pegawai, sebab itu dapat meningkatkan kemungkinan bahwa arbitrase dapat menjadi pemecahan dalam hal keputusan manajemen yang masuk akal (Redecker, 1989):

1. Peraturan, harapan, dan konsekuensi harus dikomunikasikan dan didokumentasikan.
2. Peraturan harus diterapkan secara konsisten dan pelanggaran harus didokumentasikan secara hati-hati.
3. Disiplin haruslah progresif, dengan kesempatan bagi pegawai untuk memperbaiki perilaku mereka.
4. Harus menyediakan hak untuk bertanya dan banding.
5. Memperbaiki kondisi harus menjadi pertimbangan.

■ PERMASALAHAN KESELAMATAN KERJA

Permasalahan lain yang berhubungan dengan kualitas kehidupan kerja adalah keselamatan kerja. Occupational Safety and Health Act membentuk Occupational Safety and Health Administration (OSHA) dan membangun peran pemerintah pusat dalam menyosialisasikan dan memperkuat standar keselamatan dan kesehatan di lokasi kerja yang melibatkan perdagangan antar Negara bagian. Hal ini merupakan tanggung jawab setiap perusahaan untuk menyediakan lingkungan pekerjaan yang bebas dari sesuatu yang membahayakan. Pegawai mempunyai hak untuk mendapatkan kepastian bahwa tempat kerja telah diinspeksi, bahan-bahan atau situasi yang berbahaya atau berisiko telah diidentifikasi, sumber bahaya dinformasikan dengan baik, catatan yang akurat mengenai paparan terhadap bahaya telah disimpan, dan pelanggaran yang terjadi dipublikasikan di tempat kerja (Occupational Safety and Health Administration, 2003). Kegagalan dalam mematuhi petunjuk dan peraturan dapat berakibat denda yang besar dan hukuman dari OSHA.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) melakukan penelitian terhadap kriteria untuk fungsi dan pekerjaan yang lebih spesifik. NIOSH memublikasikan sejumlah standar keselamatan dan kesehatan yang berhubungan dengan bahaya di tempat kerja. Di dalamnya terdapat bagian yang berisi standar yang ditujukan bagi keselamatan bagi tenaga kerja di bidang asuhan kesehatan. Dari minat khusus itu terdapat standar yang terkait dengan bahan-bahan patogen yang terkandung dalam darah dan juga bahan-bahan kimia yang berbahaya. Standar ini men-

syaratkan perusahaan untuk mengembangkan rancangan terhadap paparan dan menerapkan metode pengendalian khusus untuk posisi individu, mengembangkan rencana tindak lanjut pasca paparan, serta mengembangkan prosedur untuk mengevaluasi situasi saat pekerja telah terkena paparan (National Institute of Occupational Safety and Health, 2003). Seperti semua permasalahan di tempat kerja lainnya, sederhananya mematuhi peraturan pemerintah yang relevan merupakan suatu pendekatan yang minimal. Analisis bahaya pekerjaan dan program waspada keselamatan secara periodik merupakan hal yang penting untuk menjamin keselamatan tempat kerja. Sangat penting bagi seorang manajer dalam organisasi besar berinteraksi secara teratur dengan staf keselamatan dan manajer risiko atau konsultan untuk menjamin kesejahteraan pegawai. Manajer dari organisasi yang lebih kecil harus mengenal instruksi dan peraturan yang dibutuhkan untuk menjamin kepatuhan terhadap hukum dan aman, serta tenaga kerja yang produktif.

■ STRES PEKERJAAN DAN PELEMAHAN PEGAWAI

Stres pekerjaan di apotek dapat diperparah, mengendap, atau mungkin menjadi lebih buruk lagi bila stagnasi jangka panjang tidak diatasi. Karena di semua bidang perawatan kesehatan, pencegahan selalu lebih dipilih untuk bereaksi setelah masalah menjadi lebih serius. Stres adalah fungsi dari permintaan, kemampuan, keterampilan, dan dukungan untuk menangani sesuatu. Stres dapat dibagi menjadi akut, kronik, ringan, dan parah dan diklasifikasikan berdasarkan sumbernya, yaitu organisasi atau pribadi. Pemisahan yang jelas antara kehidupan pribadi dan kehidupan pekerjaan tidak dapat diduga, dan banyak permasalahan pribadi maupun keluarga dari pegawai yang memengaruhi kinerja di tempat kerja.

Hal yang mempersulit pengalaman dalam stres pekerjaan adalah kepribadian. Kepribadian tipe A, kadang-kadang merujuk kepada *pola perilaku mudah menderita sakit koroner (coronary-prone behavior)*, menyebabkan seseorang berisiko tinggi mengalami permasalahan yang berkaitan dengan stres (Freidman dan Rosenman, 1974). Kepribadian tipe A merupakan kumpulan karakteristik pribadi seperti mementingkan waktu, suka bermusuhan, persaingan yang ekstrem, dan kegelisahan tanpa sebab. Walaupun banyak sifat kepribadian tipe A yang tampaknya sesuai dengan lingkungan bisnis yang penuh persaingan, kepribadian tipe A menempati risiko yang lebih tinggi untuk penyakit jantung dan cenderung menjadi cepat mengalami kelelahan dibandingkan dengan kepribadian tipe B yang sifatnya bertolak belakang dengan kepribadian tipe A. Kepribadian tipe A dapat menjadi penyebar stres dan menyebabkan

tekanan bagi organisasi. Walaupun kepribadian adalah hal yang sulit berubah, kepribadian tipe A dapat belajar untuk mengatasi tantangan kehidupan dan lingkungan pekerjaan dengan lebih baik melalui manajemen stres dan campur tangan konseling.

Sumber tekanan dapat bermacam-macam, termasuk pribadi, keluarga, sesuatu yang terkait dengan pekerjaan, atau kombinasi dari ketiganya. Ketika kemampuan pegawai untuk menangani tekanan lebih kecil daripada tuntutan yang ditujukan pada mereka, pegawai mulai menderita akibat reaksi stres. Reaksi stres yang pertama kali muncul dan yang paling nampak adalah penurunan kinerja. Reaksi lainnya dapat berupa permasalahan emosi seperti depresi atau gelisah, penyakit pada fisik diperparah atau dipercepat, dan strategi mengatasi hal yang tidak sehat seperti merokok, makan yang berlebihan, atau penyalahgunaan bahan-bahan adiktif seperti obat-obatan dan alkohol (Quick dan Quick, 1984).

Manajer melakukan penghapusan sejumlah strategi untuk mengurangi efek gangguan yang berhubungan dengan stres di tempat kerja. Salah satu indikator praktik manajemen yang baik adalah untuk menyesuaikan antara kemampuan, bakat, dan minat pegawai dengan tipe dan tuntutan pekerjaan. Ketidaksesuaian antara bakat, minat, dan tuntutan pekerjaan secara signifikan dapat menyebabkan stres kerja. Manajer harus cukup mewaspada dan memberikan perhatian terhadap perilaku pegawai agar dapat mengamati gejala reaksi stres. Pendahuluan yang paling alami untuk memulai dialog dengan pegawai yang terbukti stres adalah melalui kinerja mereka. Hal ini karena pekerjaan secara normal membutuhkan perhatian yang cukup besar terhadap detail dan investasi kognitif juga energi emosi, sehingga kinerja dapat terpengaruh oleh stres tingkat tinggi. Reaksi stres yang khas yang sering memengaruhi kinerja adalah toleransi terhadap frustrasi yang rendah dan akhirnya mengarah pada ledakan kemarahan, produk atau jasa kerja dengan kualitas di bawah standar akibat kurangnya konsentrasi dan perhatian terhadap hal detail, serta kurangnya motivasi dan inisiatif akibat depresi.

Walaupun ada sejumlah alasan kemanusiaan dan etis yang harus dipertimbangkan demi kesejahteraan pihak lain, manajer mempunyai tanggung jawab tambahan untuk mengenali dan menangani reaksi stres pegawai karena lingkungan dengan tingkat stres tinggi dapat mengarah kepada tingkat berhenti kerja pegawai yang tinggi dan ketidakhadiran, serta kinerja yang buruk. Manajer yang berhadapan dengan pegawai secara tepat terkait dengan penurunan kinerja sementara itu juga ia mempertahankan sikap yang tidak menuduh dan fokus terhadap perilaku akan dapat mengajak pegawai untuk menemukan penyebab dan memberikan rujukan yang sesuai serta intervensi tindak lanjutnya.

Banyak organisasi memiliki program pendampingan pegawai (*Employee Assistance Program, EAP*) yang bersifat

rahasia dan merujuk pegawai untuk melakukan konseling serta melatih manajer agar dapat melakukan identifikasi dan rujukan lebih awal (Smith, 1992). EAP dapat disediakan dengan melakukan perjanjian kontrak dengan penyedia layanan kesehatan perilaku yang independen. layanan kesehatan mental dan penyalahgunaan bahan-bahan tertentu biasanya dibuat serupa dengan pelayanan apotek, dan EAP dapat padukan dengan jaminan kesehatan yang ada. Lewat tindakan yang rahasia, kaum profesional dan supervisor dapat mengidentifikasi pegawai yang bermasalah dan biaya dapat di stabilkan dengan cara identifikasi dan rujukan lebih dini. Sebagai tambahan, pegawai yang mempunyai nilai lebih bagi perusahaan sering memperoleh keuntungan dari intervensi singkat dan dapat kembali bekerja lebih produktif dan setia kepada organisasi.

Rujukan ke program EAP yang dibiayai oleh perusahaan umumnya bersifat sukarela; namun, manajer dapat menyarankan suatu rujukan berdasarkan riwayat kinerja yang buruk atau permasalahan lain yang berhubungan dengan pekerjaan. Suksesnya penyelesaian masalah pribadi tidak hanya berpengaruh terhadap kualitas hidup pegawai tapi juga biasanya berdampak pada peningkatan konsentrasi pada tanggung jawab pekerjaan. Tenaga profesional EAP (sebagai contoh psikiater, psikolog, penasehat pecandu, dan tenaga kerja sosial klinis) yang terikat kontrak dengan *plan* kesehatan dilisensi serta memperhatikan informasi pada saat penilaian dan perawatan merupakan suatu kerahasiaan dan sesuai dengan aturan Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Pegawai dapat menandatangani publikasi dari informasi untuk dibagi secara terbatas dengan perusahaan, khususnya jika ada hubungan yang sangat jelas antara permasalahan pribadi dengan kinerja.

Obat-obatan dan alkohol merupakan permasalahan pribadi yang dapat memengaruhi kinerja secara signifikan. Banyak negara bagian yang memerintahkan pelaporan farmasis yang memiliki masalah penyalahgunaan zat sehingga tindakan intervensi dan rujukan untuk perawatan dan tindakan lebih lanjut dapat dilakukan. Farmasis dan manajer mempunyai tanggung jawab dan kewajiban khusus untuk tidak membiarkan terjadinya penyalahgunaan bahan-bahan lain melalui kurangnya intervensi karena risiko bahaya yang potensial dapat mengancam kesehatan masyarakat akibat gangguan pada farmasis. Profesi farmasi lebih memilih tindakan pemulihan (rehabilitatif) daripada tindakan hukuman terhadap farmasis yang terganggu. American Pharmacist Association dan asosiasi kefarmasian di banyak negara bagian memiliki orientasi informasi serta program terhadap penyalahgunaan bahan-bahan di apotek. Hal ini dapat membantu manajer mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk tindakan penyalahgunaan bahan-bahan di tempat kerja. (Giannetti, Galinsky, dan Kay, 1990). Farmasis dapat berada pada risiko khusus permasalahan

penyalahgunaan bahan-bahan karena mereka memiliki akses luas untuk memperoleh obat-obatan dan mungkin saja memiliki pemahaman yang keliru dengan merasa kebal karena telah mendapat pendidikan yang luas mengenai mekanisme dan efek obat. Sebagai tambahan, kecenderungan untuk melakukan swamedikasi pada beberapa farmasis dapat menimbulkan kesulitan serius ketika menggunakan obat-obat yang bersifat adiktif.

Prosedur umum untuk menghadapi farmasis yang mengalami gangguan secara ringkas adalah sebagai berikut:

1. Dewan perwakilan negara bagian melaporkan persyaratan bagi farmasis yang memiliki permasalahan penyalahgunaan bahan, tetapi belum mendapat perawatan.
2. Suatu organisasi biasanya melakukan intervensi bersama dengan dewan negara bagian.
3. Penilaian oleh tenaga profesional.
4. Rekomendasi perawatan.
5. Konseling dan pengawasan pascaperawatan biasanya melibatkan *Alcoholic Anonymous* (perkumpulan informal mantan pencandu alkohol, ed.) atau *Narkotic Anonymous* (perkumpulan informal mantan pencandu atau orang yang bermasalah dengan ketergantungan narkotika, ed.), demikian juga tes obat pada periode yang telah ditentukan.
6. Kembali ke aktivitas kerja dalam kelompok praktik profesi setelah sukses menyelesaikan rangkaian perawatan.

Agar program menjadi efektif, semua pegawai harus dididik tentang permasalahan penyalahgunaan zat, dengan memberikan perhatian lebih pada identifikasi dini, intervensi, dan tanggung jawab manajemen dalam menjamin intervensi dan rujukan untuk perawatan.

■ MENGELOLA BERAGAM PEKERJA

Permasalahan kritis mengenai manajemen lainnya di tempat kerja pada saat ini adalah manajemen tenaga kerja yang makin beragam. Mengelola keragaman membutuhkan penciptaan lingkungan tempat kerja dengan persamaan kesempatan dan penghargaan terhadap perbedaan individu dan perbedaan kemampuan. Dalam bentuk sederhana, kesetaraan peluang dan pengaturan beragam tenaga kerja melibatkan perintah etika dasar dari suatu komitmen terhadap kebenaran dan keadilan serta menghormati harga diri dasar setiap orang. Sementara budaya menghargai perbedaan dan penerimaan terhadap keanekaragaman budaya serta sistem bonus berdasarkan keadilan adalah tujuan ideal untuk semua organisasi, minimal manajer harus menjamin kepatuhan terhadap hukum yang menyaratkan perlakuan yang sama.

Idealnya, manajer juga akan mengembangkan intervensi yang sedang berlangsung untuk menentukan arah budaya

organisasi agar menghormati keanekaragaman dan kesetaraan. Kepatuhan terhadap hukum yang beragam untuk menjamin peluang yang sama di tempat kerja merupakan suatu kebutuhan tapi kondisinya tidak cukup untuk mengelola keanekaragaman dalam suatu organisasi. Program pelatihan yang meningkatkan kesadaran dan respek terhadap pluralisme budaya dan bahwa mendidik orang terkait dengan praktik yang melibatkan stereotip negatif dan dampak negatif terhadap golongan minoritas harus terus-menerus dilakukan dan dilembagakan. Konseling dan intervensi dibutuhkan ketika berpeluang terjadinya pemberian stereotip dan tindakan diskriminasi. Contohnya, sesi pelatihan dapat mengidentifikasi kata-kata "isyarat" yang dapat merendahkan golongan tertentu, jelaskan mengapa kata-kata ini dapat bersifat tidak sopan, dan menghilangkan kata-kata tersebut dalam pembicaraan dalam organisasi. Pemilihan bahasa yang sederhana seperti wanita dewasa disebut "cewek" atau menceritakan humor berbau etnis yang mengejek kelompok tertentu dapat menciptakan lingkungan yang tidak ramah. Walaupun ada reaksi tidak menyenangkan menentang sensitivitas budaya dan kompetensi sosial ini yang menyebut usaha-usaha tersebut sebagai "cara bicara politis," manajer harus mengamati lingkungan dengan aktif. Akibat dari perhatian yang berlebihan tentang ini mungkin formalitas yang berlebihan di tempat kerja. Namun, konsekuensi terhadap kurangnya perhatian dan intervensi adalah terciptanya lingkungan yang negatif, ketidakadilan terlembaga, dan tindakan hukum. Suatu budaya organisasi yang mempunyai kewaspadaan tinggi terhadap pluralisme budaya dan menyediakan panduan yang jelas dengan pengawasan manajerial akan sepenuhnya mampu menggunakan keanekaragaman bakat dari seluruh pegawainya dan juga mencegah stres serta publikasi negatif dari tindakan yang mungkin terjadi berkaitan dengan peraturan dan hukum.

Ada sejumlah keuntungan dari keanekaragaman pekerja, seperti kumpulan bakat yang lebih besar, besarnya pengetahuan yang lebih luas mengenai pasar yang lebih luas dan beraneka-ragam, dan kesiapan organisasi yang lebih baik. Kemampuan untuk merekrut dan mempertahankan keanekaragaman tenaga kerja memungkinkan organisasi untuk menarik sudut pandang yang beraneka ragam, sehingga beranjak dari terowongan visi (*vision tunnel*) yang sering menyertai dalam pengoperasian organisasi di bawah satu asumsi budaya. Kedua, organisasi yang lebih beraneka ragam mempunyai kemungkinan yang lebih besar terhadap pengenalan kebutuhan, pilihan, dan nilai yang unik dari dasar keanekaragaman konsumen. Akhirnya, ketika terdapat keanekaragaman pandangan dan titik pandang minoritas, penyelesaian masalah dan kreatifitas ditingkatkan dengan menghadapi persoalan "*groupthink*" dalam suatu organisasi (Carnevale dan Stone, 1995).

Untuk mengatur keanekaragaman secara efektif, manajer perlu mewaspadaai konsep umum mengenai diskriminasi agar dapat mencegah dan merespon permasalahan yang timbul akibat keanekaragaman tenaga kerja. Teori hukum telah mengidentifikasi tiga konsep dasar terkait dengan diskriminasi, yaitu akomodasi yang sesuai, perbedaan perlakuan, dan perbedaan dampak. Konsep ini terdapat dalam penerapan dan implikasi dari hukum yang mengatur keanekaragaman di tempat kerja. *Akomodasi yang sesuai* dibutuhkan untuk membuat tempat kerja mudah dijangkau dan memudahkan bagi individu yang memiliki keterbatasan (cacat). *Perbedaan perlakuan* artinya adalah perbedaan perlakuan dan peluang diberikan kepada individu berdasarkan ras, warna kulit, jenis kelamin, asal negara, usia, atau kecacatan. Dan yang terakhir, *perbedaan dampak* yang melibatkan praktik pekerjaan yang netral yang nampaknya tidak terlalu mendiskriminasi, tetapi mengecualikan kesempatan untuk golongan tertentu yang dilindungi oleh hukum, hal ini dimanifestasikan sebagai pembagian perwakilan yang tidak proporsional di tempat kerja. Perbedaan yang kritis antara perbedaan perlakuan dan dampak adalah pada perbedaan dampak, tidak perlu ada diskriminasi yang disengaja. Ada aturan berdasarkan formula untuk menentukan perbedaan dampak. Perbedaan dampak bisa terjadi ketika peluang pekerjaan bagi kelompok minoritas berada jauh di bawah 80 persen rata-rata kelompok mayoritas (*four-fifth rule*) atau jika perbedaan antara harapan dan angka yang dipekerjakan atau promosi yang terjadi pada kenyataannya memiliki probabilitas lebih besar daripada kesempatan yang ada (*standard deviation rule*) (Noe et al., 2003).

Selain konsep hukum, terdapat sejumlah hukum federal yang secara tegas melarang diskriminasi pekerjaan (Lindeman dan Grossman, 1986). Title VII dari Civil Right Act tahun 1964 melarang diskriminasi pekerjaan berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, atau asal negara. Equal Pay Act tahun 1963 melindungi baik pria maupun wanita terhadap diskriminasi upah berdasar jenis kelamin. Bagi individu yang berusia 40 tahun, peraturan Age Discrimination Act tahun 1967 melindungi mereka terhadap faktor diskriminasi kesempatan bekerja berdasarkan usia. Sebagai tambahan, Titles I dan V dari Americans with Disabilities Act tahun 1990 melindungi individu yang memiliki kemampuan tetapi memiliki keterbatasan (cacat) terhadap diskriminasi baik di sektor swasta maupun sektor pemerintah (U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2003).

Walaupun ada juga hukum federal lainnya mengenai diskriminasi pekerjaan, hukum-hukum ini memberikan hubungan antar perundang-undangan yang memberikan perlindungan terhadap diskriminasi. Diskriminasi yang diatur dalam hukum ini meliputi aspek-aspek mempekerjakan sebagai berikut.

- Mempekerjakan dan pemecatan
- Kompensasi, penugasan, atau penggolongan pegawai
- Pemindahan, promosi, pemberhentian sementara, atau mempekerjakan kembali
- Mengiklankan pekerjaan, rekrutmen, atau tes masuk
- Penggunaan fasilitas perusahaan, pelatihan, dan program pemagangan
- Pembayaran, rencana pensiun, pengunduran diri akibat cacat, fasilitas tambahan, dan kondisi pekerjaan lainnya.

Adapun praktik berikut ini juga diatur oleh undang-undang:

- Pelecehan akibat ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, negara asal, cacat, serta usia
- Disakiti atau mendapatkan perlakuan yang berbahaya karena melaporkan atau ikut serta menindak regas diskriminasi
- Keputusan mempekerjakan berdasarkan stereotip yang dikaitkan dengan jenis kelamin, ras, usia, agama, kelompok etnis, serta individu dengan keterbatasan
- Menolak mempekerjakan karena status menikah atau dihubungkan dengan keterlibatan dalam aktivitas keagamaan atau sekolah dengan individu dari ras tertentu, agama, negara asal serta keterbatasan (cacat)

Perusahaan diminta untuk memasang pengumuman mengenai saran tentang hak mereka berdasarkan hukum yang mudah dijangkau oleh seluruh pegawai.

Sementara itu hukum federal, hukum putusan hakim, dan banyak hukum setempat serta hukum negara bagian mengenai permasalahan tentang persamaan kesempatan dan diskriminasi di tempat kerja, terdapat juga panduan yang harus diketahui oleh semua manajer. Kantor sumber daya manusia, bersama-sama dengan penasihat hukum, normalnya bertanggung jawab terhadap penerapan dan pemantauan kepatuhan terhadap hukum-hukum yang relevan. Untuk situasi yang khusus apapun, harus dicari saran hukum yang kompeten. Informasi yang berhubungan dengan keluhan dapat ditemukan di penempatan tempat kerja, atau melalui Kantor Komisi Kesempatan Kerja setempat atau nasional (*Equal Employment Opportunity Commission*, EEOC). EEOC memastikan bahwa semua hukum harus dipatuhi, kecuali mengenai keluhan persamaan gaji yang harus ditulis pada formulir keluhan EEOC sebelum tuntutan hukum pribadi dapat diajukan ke meja hijau. Ada situasi umum yang melibatkan persamaan kesempatan kerja yang harus dihadapi oleh manajer dan harus dapat diselesaikan.

Pelecehan seksual di tempat kerja telah menjadi permasalahan yang mendapatkan perhatian besar dan menjadi masalah di organisasi jika tidak diperhatikan dengan serius. Walaupun sensitivitas, rasa adil, dan rasa hormat tidak dapat diatur secara hukum, dan tiap individu bebas untuk

bersikap sesuai keinginan mereka, hukum dan peraturan yang berhubungan dengan perilaku di tempat kerja telah dispesifikasikan dengan baik. Contohnya, ada permintaan dukungan yang berkaitan dengan jenis kelamin di tempat kerja, khususnya jika terjadi di antara perbedaan, dan terciptanya lingkungan yang tidak ramah melalui gambar-gambar yang tidak senonoh atau komentar berulang tentang sesuatu yang mengandung unsur seksual dapat dianggap sebagai suatu pelecehan. Konsep “lingkungan yang tidak ramah” juga berlaku untuk ras, warna kulit, agama, usia, keterbatasan (cacat), dan negara asal. Akomodasi keyakinan beragama oleh perusahaan juga dibutuhkan kecuali akomodasi keyakinan tersebut akan menimbulkan kesulitan yang tidak semestinya. Provisi hukum persamaan kesempatan biasanya akan mengatur farmasis yang memiliki keberatan terkait dengan agama terhadap prosedur tertentu atau peracikan obat yang melukai keyakinan beragama.

Sebagai tambahan terhadap pelecehan seksual dan akomodasi keyakinan beragama, persamaan perlakuan bagi individu-individu yang memiliki keterbatasan (cacat) juga merupakan permasalahan penting untuk perlakuan baik bagi pegawai maupun pelanggan. *Americans with Disabilities Act* memberikan persamaan kesempatan bagi orang-orang dengan keterbatasan di tempat kerja. Peraturan ini melarang diskriminasi di semua aspek pekerjaan dari awal dipekerjakan sampai pemecatan, sama dengan praktik yang diatur oleh hukum persamaan kesempatan kerja. Individu dianggap memiliki keterbatasan (cacat) jika mereka memiliki gangguan fisik maupun mental yang secara bermakna membatasi satu atau lebih aktivitas hidup utama atau mempunyai catatan terjadinya gangguan. Juga termasuk, dilarangnya diskriminasi terhadap orang yang mempunyai hubungan dengan orang yang memiliki keterbatasan (cacat).

Gangguan yang secara bermakna membatasi aktivitas hidup utama yaitu dalam hal penglihatan, pendengaran, bicara, berjalan, belajar, peduli pada diri sendiri, dan melakukan tugas manual. Individu yang sembuh dari sakit fisik dan mental kronis akan diatur seperti individu yang memiliki cacat akibat suatu masalah. Hukum mendefinisikan “individu yang mampu dengan kecacatan” sebagai seseorang yang memenuhi persyaratan pendidikan, keterampilan, dan pengalaman, tetapi karena adanya keterbatasan membutuhkan akomodasi yang layak untuk melakukan pekerjaan mereka. Penyediaan fasilitas dan akses yang sesuai bagi individu dengan keterbatasan (cacat) merupakan bagian yang penting dari *Americans with Disabilities Act* dan butuh dipahami oleh manajemen. *Akomodasi yang sesuai* adalah modifikasi lingkungan kerja atau pekerjaan yang akan memungkinkan individu dengan keterbatasan (cacat) berpartisipasi dalam proses penerapannya atau melakukan pekerjaan yang penting. Fasilitas tersebut dapat berupa:

- Perencanaan ulang dan pengaturan pekerjaan
- Modifikasi atau penyediaan peralatan khusus
- Menyediakan pembaca atau penerjemah
- Memodifikasi program pelatihan atau pemeriksaan

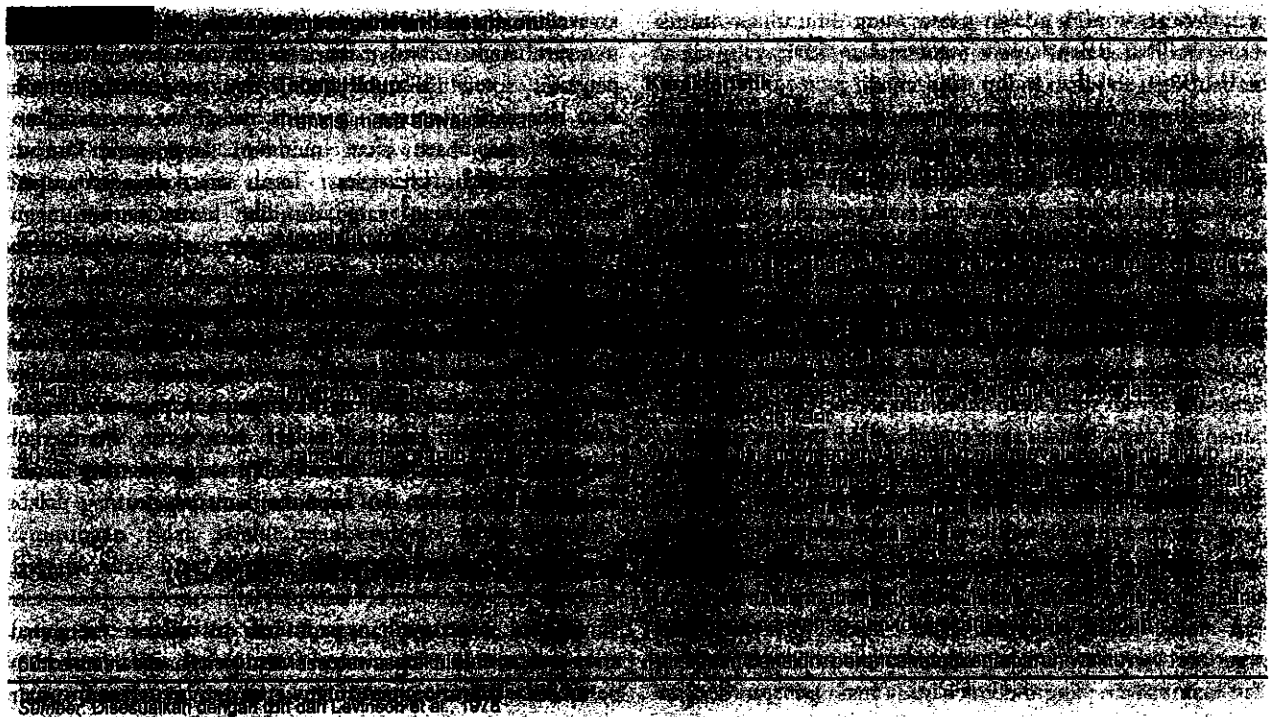
Pengurangan standar kinerja tidak dibutuhkan berdasarkan standar akomodasi yang sesuai. Sebagai tambahan, perusahaan tidak diminta untuk membuat akomodasi tertentu jika secara signifikan akan menimbulkan situasi tidak menyenangkan yang sukar untuk dihadapi dan atau pengeluaran yang bermakna. Sebagai tambahan, akomodasi umum, seperti apotek, harus menjamin bahwa individu dengan keterbatasan tidak boleh dikesampingkan dalam memperoleh pelayanan akibat fasilitas yang sukar dijangkau. Pengesampingan layanan secara aktif terhadap individu dengan keterbatasan atau memberikan persyaratan yang sukar dipenuhi oleh individu tersebut (seperti surat ijin mengemudi untuk mencairkan cek bagi individu yang memiliki gangguan penglihatan) agar mendapatkan pelayanan merupakan hal yang dilarang.

■ PERENCANAAN KARIR

Sebagai tambahan untuk memberikan lingkungan kerja yang stabil, bersahabat dan aman, manajer dapat membantu menjamin kualitas hidup pekerjaan dengan mendampingi pegawai dalam hal karir, utamanya bersama dengan

organisasi tempat mereka bekerja saat ini. Kemajuan karir dapat menjadi sumber kepuasan ataupun keputusan saat seorang pegawai mengejar jalur karir pekerjaannya. Kemampuan mempertahankan pegawai dan produktivitas dapat diperkuat dengan perencanaan karir yang sesuai oleh manajer. Walaupun manajer dapat menggunakan konsep dalam penelitian di bidang jalur karir dan juga konseling untuk membantu pegawai dalam memilih bakat yang paling sesuai, minat, dan kesempatan pekerjaan, tanggung jawab utama untuk pengaturan karir tetap berada pada individu itu sendiri. Perusahaan memiliki kepentingan dalam mengidentifikasi, mentoring, pengembangan, dan mempertahankan pegawainya yang menjanjikan kontribusi yang bermakna bagi perusahaan. Namun, tiap individu perlu melihat karirnya sebagai suatu baik sumber finansial maupun penghargaan pribadi yang penting serta bertanggung jawab untuk mengoptimalkan perkembangan karir mereka.

Terdapat beberapa model untuk mengatur dan memahami pengembangan dan kemajuan karir. Tujuan pengembangan karir bervariasi sesuai dengan tahapan umum perkembangan kedewasaan yang dimulai dengan transisi dewasa awal menjadi masa dewasa akhir. Tugas pengembangan untuk membangun identitas, sistem nilai yang stabil, dan hubungan dikaitkan dengan kemajuan karir (Levinson et al., 1978). Penelitian terhadap tahapan pengembangan difokuskan pada pria. Kemajuan, waktu, dan nilai dominan dari setiap tahap



Sumber: Disesuaikan dengan Lint dan Levinson et al., 1978

pengembangan pada wanita dapat bervariasi, tetapi masih mengikuti pola umum yang sama (Gallos, 1989). Tabel 12-1 merangkum tahap pengembangan kedewasaan yang berhubungan dengan pengembangan karir.

Transisi memasuki dunia dewasa umumnya ditandai dengan pendidikan yang lebih tinggi dan pencarian pekerjaan melalui tugas pendidikan dan pengalaman praktik. Masa dewasa awal melibatkan proses mencoba-coba berbagai macam jenis pekerjaan yang berbeda dan keputusan terhadap gaya hidup dan peran tertentu, termasuk menstabilkan suatu hubungan dan kemungkinan untuk memulai membina keluarga. Masa dewasa berlanjut melalui bermacam fase transisi, memfokuskan usaha kembali dan penekanan pada karir, keluarga, dan gaya hidup. Walaupun tidak semua orang mengikuti pola ini dengan sama persis, banyak yang mengikuti tahapan karir ini yaitu mulai dari penilaian atau penyelidikan, penggabungan, perbaikan atau pengembangan, mempertahankan, kemudian persiapan pensiun.

Pengelolaan karir yang aktif melibatkan penyediaan atau pencapaian secara berkembang mengenai kesesuaian pengalaman, pendidikan, dan pelatihan untuk memutuskan, memfokuskan, dan mempertahankan keberhasilan karir. Sebagai tambahan, mempertahankan keharmonisan antara hubungan pribadi dan keluarga serta mencurahkan usaha dalam mencapai tujuan kerja, akan membutuhkan keseimbangan tindakan melalui siklus kehidupan. Penyeimbangan tuntutan kerja dengan kehidupan pribadi dapat menjadi tugas yang sukar. Penjelasan kepentingan, kesepakatan, dan penyelesaian konflik adalah proses yang dibutuhkan untuk sering terlibat dalam upaya menemukan karir yang tepat sesuai dengan tahap hidup yang sesuai.

Beriringan dengan pendekatan pengembangan karir, pendekatan jangkar-karir dapat memfasilitasi pengorganisasian bakat, motivasi, dan nilai ke dalam "jangkar" yang memungkinkan individu-individu mengejar jalur karir yang konsisten dengan aspirasi dan kemampuan mereka. Jangkar karir ini merupakan hal yang teknis/fungsional, manajerial, berorientasi pada rasa aman, otonomi, dan kreativitas (Schein, 1975). Individu dengan jangkar teknis/fungsional cenderung untuk menyukai detail pekerjaan itu sendiri dan menghindari tanggung jawab yang akan menjauhkan mereka dari kinerja harian dari tugas khusus yang menghasilkan produk atau jasa. Kebalikannya, individu dengan jangkar manajerial cenderung untuk menyukai analisis dan penyelesaian masalah, mencari pengaruh melalui komunikasi interpersonal, dan mampu secara emosional dan intelektual untuk mengambil tanggung jawab dan melatih kekuasaan. Individu yang mementingkan rasa aman dalam pekerjaan akan mencari pekerjaan dan organisasi yang menawarkan kestabilan kerja jangka panjang dan keuntungan yang diperoleh pada masa pensiun dengan jalur karir yang jelas dan dapat diprediksikan serta akan mengorbankan kesempatan lainnya demi memperoleh

rasa aman tersebut. Individu yang mencari otonomi lebih memperhatikan kebebasan dalam mengambil keputusan dan peraturan minimal, sementara individu yang mementingkan kreativitas akan mencari inovasi dan penemuan sebagai motivasi utama dalam bekerja.

Jangkar ini dapat digunakan sebagai panduan dalam mengelola jalur karir di farmasi. Contohnya, farmasis yang lebih memilih penekanan teknis dan kerja dapat mencari pekerjaan yang menitikberatkan pada aspek peracikan dan pencampuran obat pada praktik kefarmasian sebagai pilihan karir awalnya dan pindah ke farmasi nuklir yang membutuhkan lebih banyak aspek teknis farmasi. Kebalikannya, farmasis yang mencari karir manajemen akan mengembangkan kompetensi dengan pendidikan manajemen lebih tinggi sembari mencari tanggung jawab yang semakin meningkat melintasi beragam tempat praktik sebelum menetap di organisasi tertentu, seperti perusahaan farmasi atau *managed-care organization* untuk mendapatkan keterampilan khusus pada suatu jenis pekerjaan tertentu yang diminati. Individu yang berorientasi pada rasa aman dapat mempertimbangkan posisi di pemerintahan seperti di Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat (*U.S. Public Health Service*) atau di bidang militer, yang menawarkan kemajuan karir yang dapat diprediksikan dan stabil. Jika otonomi menjadi penekanan utama, menjadi farmasis konsultan atau pemilik usaha kecil atau mendapatkan posisi di bidang akademis akan memberikan kesempatan yang luas untuk bebas mengekspresikan pekerjaan. Yang terakhir, jika kreativitas merupakan fokus utama, menjadi wirausaha dan mengembangkan layanan baru dalam manajemen tahapan penyakit, spesialisasi pada nutrisi dan pengobatan herbal, atau menjadi ilmuwan peneliti yang mengembangkan produk obat baru akan memberi kesempatan untuk mengekspresikan kreativitas. Tentu saja, dengan asumsi bahwa kemampuan yang dimiliki harus berhubungan dengan minat dan motivasi. Sebagai tambahan, beberapa karir merupakan kombinasi beberapa jangkar, seperti sebagai seorang farmasis yang bekerja di bidang akademis di bagian klinik atau penelitian akan dapat puas baik secara otonomi maupun kreativitas. Manajer harus mengambil menyediakan untuk mewaspadai minat dan kemampuan pegawai dengan cara interaksi dan penilaian kinerja yang sering. Pemberian penilaian, semangat, dan kesempatan sangat penting untuk membantu kemajuan dan kepuasan karir pegawai.

■ ETIKA MANAJERIAL (BISNIS)

Kumpulan permasalahan pada bab ini adalah mengenai etika pengambilan keputusan. Suatu penghargaan terhadap peran etika dalam pengambilan keputusan manajerial sangat penting bagi manajemen yang efektif. Pemberian asuhan kesehatan melebihi transaksi dagang semata karena proses ini

juga melibatkan permasalahan kualitas hidup, penderitaan, serta kematian. Asuhan kesehatan, pada dasarnya, merupakan suatu perusahaan moral dengan tradisi panjang yang ideal seperti dalam Sumpah Hipocrates. Semua profesi tenaga kesehatan mempunyai kode etik dan farmasi secara khusus mendefinisikan hubungan farmasis-pasien sebagai sebuah *kesepakatan* (American Pharmaceutical Association, 1984), sebuah istilah dengan pesan moral khusus yang tersirat.

Walaupun terdapat prinsip etik tertentu yang dapat menjadi panduan bagi asuhan pasien untuk semua praktisi (Beauchamp dan Childress, 2001), standar dan prinsip yang memandu manajer dalam melaksanakan pekerjaan mereka agak kurang jelas. Permasalahan etika tertentu yang timbul pada manajemen apotek sangatlah kompleks dan sering tidak selalu dibicarakan sebagai bagian kesatuan dari keputusan suatu organisasi. Beberapa permasalahan pada manajemen apotek menyangkut konflik kepentingan antara aspek bisnis dengan orientasi apotek dalam hal asuhan kesehatan. Haruskah apotek masyarakat menjual rokok? Bagaimana peran volume peracikan dan resep dapat kepentingan relatif dari konseling pasien dan pengelolaan tahapan penyakit di apotek? Respon apakah yang sesuai untuk menghadapi kesalahan dalam pengobatan, dan tindakan seperti apakah yang harus dilakukan terhadap semua pemangku kepentingan termasuk farmasis?

Dalam banyak aspek di bab ini terkait dengan hal perlakuan yang adil, mengembangkan keanekaragaman, meningkatkan kualitas pekerjaan, dan membantu individu-individu untuk mengelola stres pribadi dan yang berhubungan dengan pekerjaan yang kesemuanya mempunyai dimensi etis. Sangat mudah untuk mengabaikan atau meminimalkan nilai etik saat kita mengejar tujuan teknis lainnya atau tujuan ekonomi. Peran manajer harus dapat memberikan kepemimpinan dalam menciptakan budaya etika sebagai suatu konteks untuk memfasilitasi pengambilan keputusan (Longenecker, 1985). Langkah pertama pada proses ini adalah memutuskan nilai utama yang mengarahkan organisasi. Menentukan fokus penting organisasi dalam hal pelayanan dan penghargaan terhadap kesejahteraan dan harga diri semua individu terkait merupakan pernyataan penting yang berhubungan dengan misi organisasi. Dalam konteks ini, juga penting untuk memahami bahwa dalam menghasilkan keuntungan adalah penting dan menjadi nilai inti organisasi. Mengejar keuntungan tidak selalu membutuhkan ketidakcocokan dengan nilai inti lainnya. Namun, ketika keuntungan mengalahkan semua nilai lain dan "jalan pintas etis" diambil untuk meningkatkan keuntungan, organisasi perawatan kesehatan akan kehilangan kepercayaan masyarakat dan menumbangkan alasan bagi keberadaan organisasi tersebut.

Kedua, nilai inti organisasi harus ditunjukkan oleh manajer. Berbicara mengenai atau mendukung nilai tanpa

keterlibatan pelanggan, pegawai, dan pemangku kepentingan lainnya dalam organisasi untuk merasakan nilai tersebut akan mengarah cepat kepada sinisme terkait etika.

Ketiga, mengharapkan seseorang untuk melakukan rangkaian perilaku etika di saat yang sama juga memberi penghargaan pada orang lain yang tidak konsisten terhadap nilai etika akan menyebabkan kebingungan dan kurangnya komitmen terhadap perilaku etik di organisasi.

Terakhir, sementara ada banyak alasan yang bagus mengenai nilai intrinsik perilaku etika, mengaitkan etika baik pada asuhan kesehatan maupun hasil ekonomis menunjukkan dengan jelas kegunaan etika dan akan memperkuat nilai etika organisasi. Meningkatkan kepatuhan, mengurangi biaya asuhan kesehatan, dan mencegah tuntutan hukum akibat kegagalan untuk memperingatkan, semuanya dapat menjadi hasil praktis dari konsultasi pasien dan orientasi pelayanan.

Salah satu permasalahan etika yang paling penting dalam praktik kefarmasian adalah kepentingan relatif konseling pasien dan pengelolaan penyakit di apotek. Peraturan Omnibus Budget Reconciliation Act tahun 1990 (OBRA 1990) dan banyak dewan farmasi negara bagian telah mulai membuat peraturan tawaran konseling. Pemerintah hukum diperlukan, tetapi bukan kondisi yang memungkinkan untuk melakukan konseling pada pasien. Nilai suatu organisasi harus mendukung dilakukannya konseling pasien, dan nilai-nilai ini harus menjadi bagian penting dalam sistem evaluasi dan imbalan apotek. Kesepakatan yang telah diinformasikan (*informed consent*) adalah "standar emas" dalam etika asuhan kesehatan, dan akan merampas hak pasien yang terdapat dalam kesepakatan tersebut dengan tidak melakukan penilaian dan konseling yang berhubungan dengan risiko dan manfaat pengobatan dapat dipandang sebagai praktik yang tidak etis (Resnik, Ranelli dan Resnik, 2000). Pada beberapa kasus, hal tersebut juga mengarah pada tuntutan hukum. Penjaminan terhadap alur kerja, pola kepegawaian, dan beban kerja yang sesuai serta mengusahakan agar konsultasi pasien efektif dari segi biaya juga memperluas kewajiban etika manajer. Jika manajer tidak mengatur lingkungan dan mengupayakan budaya kerja yang berorientasi kepada pasien, tidak ada pelatihan klinis dan desakan oleh institusi akademik yang akan cukup.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Bab ini memfokuskan pada rentang permasalahan kontemporer yang cukup lebar, mendiskusikan konsep manajemen dalam hubungannya untuk memfasilitasi kualitas kehidupan kerja, termasuk keamanan, perkumpulan, kesempatan yang sama, manajemen stres, dan perencanaan karir. Tanggung jawab ini bagi manajer dapat menjadi yang paling sukar, belum lagi aspek imbalan atas pekerjaan pegawai. Merujuk pada kasus Ann Kolawieczki di skenario

awal, sangat penting untuk dicatat bahwa manajer harus mampu menciptakan kepercayaan dasar dalam suatu hubungan dengan pegawai dengan menunjukkan perhatian dan rasa hormat terhadap sudut pandang mereka dan keadilan dalam menilai permasalahan yang terkait pekerjaan. Mereka juga harus serius dalam melaksanakan kewajiban untuk melakukan suatu tindakan di tempat kerja. Dengan memfokuskan pada kinerja Ann, manajer dalam skenario dapat mencoba menawarkan kepada Ann kesempatan untuk mencari permasalahan pribadi yang memengaruhi pekerjaannya. Menunjukkan penerimaan dan memberikan penjelasan mengenai macam-macam bantuan yang tersedia untuk memotivasi Ann dalam memperoleh bantuan. Tentu saja, jika ditemukan sejumlah bukti yang kuat terhadap permasalahan penyalahgunaan bahan yang memengaruhi keselamatan pasien, kemudian manajer juga mempunyai kewajiban untuk melakukan penilaian. Lebih jauh lagi, manajer harus meneliti sifat dan keadaan yang mengarah kepada Ann dan mengatasi situasi bersama Ann dan pegawai lain untuk membuat mereka waspada terhadap hukum yang berlaku dan budaya tidak menolerir perilaku yang dapat diartikan sebagai sikap yang menyerang.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apa yang akan Anda lakukan sebagai seorang manajer dalam menjamin lingkungan kerja optimal yang dapat mendorong praktik asuhan kefarmasian?
2. Apakah perkumpulan praktisi perawatan kesehatan dan asisten farmasi merupakan kecenderungan yang diharapkan? Apakah perkumpulan ini berpotensi untuk memperbaiki kondisi kerja? Mengapa demikian?
3. Permasalahan keamanan khusus apakah yang berhubungan dengan pekerjaan di lingkungan asuhan kesehatan dan farmasi, dan bagaimana anda memandang permasalahan ini?
4. Konsekuensi apakah yang paling mungkin terjadi jika lingkungan kerja tidak mengizinkan kesempatan untuk melatih penilaian maupun keahlian profesi?
5. Bagaimana pekerjaan dan stres pribadi dapat memengaruhi organisasi, dan pendekatan apa yang harus dilakukan manajer untuk mengatasi hal ini?
6. Siapa yang mempunyai tanggung jawab besar dalam pengelolaan karir? Langkah apa yang akan Anda ambil untuk mengatur karir Anda sendiri?
7. Bagaimana seorang manajer dapat tetap waspada terhadap diskriminasi tempat kerja, pluralisme budaya, dan kesetaraan peluang? Bagaimana Anda dapat mengatasi situasi dalam lingkungan tempat kerja yang tidak ramah jika Anda berada di antara staf yang terkena dampaknya? Bagaimana pula tindakan Anda jika Anda seorang manajer?
2. Seberapa siapkah Anda untuk menciptakan budaya pengambilan keputusan yang bersifat etis dan mempraktikkannya dalam organisasi Anda? Tantangan dan hambatan apa yang harus Anda hadapi untuk mencapai tuntutan pekerjaan tersebut.

REFERENSI

- American Pharmaceutical Association. 1984. Code of Ethics for Pharmacists. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Beauchamp TL, Childress JF. 2001. Principles of Biomedical Ethics, 5th ed., New York: Oxford University Press.
- Carnevale AP, Stone SC. 1995. *The American Mosaic*. New York: McGraw-Hill.
- Cipolle RJ, Strand LM. 1998. *Pharmaceutical Care Practice*, New York: McGraw-Hill.
- Friedman M, Rosenman RH. 1974. *Type A Behaviour and Your Heart*. New York: Knopf.
- Giannetti VJ, Galinsky AM, Kay DH. 1990. Education, assistance and prevention program for chemical dependence problems among pharmacy students. *Am J Pharm Ed* 54:275.
- Gallos JV. 1989. Experiencing women's development: Implications for career theory, practice and research. In Arthur BB, Hall DT, Lawrence BS (eds), *Handbook of Career Theory*, hlm. 110. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hackman JR, Oldham GR, Janson R, Pardy K. 1975. A new strategy for job enrichment. *Calif Manag Rev* 17:57.
- Levison DJ. 1978. *The Seasons of a Man's Life*. New York: Knopf.
- Lindeman B, Grossman P. 1986. *Employment Discrimination Law*. Washington, DC: BNA Books.
- Longenecker JG. 1985. Management priorities and management ethics. *J Bus Ethics* 4:65.
- National Institute of Occupational Safety and Health. 2003. Tersedia di www.cdc.gov/niosh; diakses pada 7 Mei 2003.
- National Labor Relations Board. 2003. Tersedia di www.nlrb.gov; diakses pada 7 Mei 2003.
- Noe RA, Hollenbeck JR, Gerhart B, Wright PM. 2003. *Human Resources Management*. New York: McGraw-Hill.
- Occupational Safety and Health Administration. 2003. Tersedia di www.osha.gov; diakses pada 8 Mei 2003.
- Quick JS, Quick JD. 1984. *Organizational Stress and Preventive Management*. New York: McGraw-Hill.

- Redecker JR. 1989. *Employer Discipline: Policies and Practice*. Washington, DC: Bureau of National Affairs.
- Resnik DB, Ranelli PL, Resnik SP. 2000. The conflict between ethics and business in community pharmacy. *J Bus Ethics* 28:179.
- Schein EH. 1975. *Career Dynamics*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Smith J. 1992. EAPs evolve into health plan gatekeeper. *Employee Benefit Plan Rev* 46:18.
- Taylor FW. 1911. *The Principles of Scientific Management*. New York: Harper & Row.
- U.S. Equal Opportunity Commission. 2003. Tersedia di www.eeoc.gov/index.html; diakses pada 7 Mei 2003.
- U.S. Mediation and Conciliation Service. 1997. Fifteenth Annual Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

MANAJEMEN WAKTU/ KETERAMPILAN ORGANISASIONAL

Dana P. Hammer

Tentang penulis: Dr Hammer adalah Direktur dari Bracken Pharmaceutical Learning Center and Teaching Certificate Program in Pharmacy Education di University of Washington School of Pharmacy. Dr Hammer memperoleh gelar B.S. di bidang farmasi dari Oregon State University, dia bekerja di rumah sakit dan apotek komunitas independen, kemudian melanjutkan pendidikannya untuk memperoleh gelar M.S dan Ph.D. di bidang pendidikan praktik kefarmasian dari Purdue University School of Pharmacy. Dia mengajar mata kuliah pengenalan praktik kefarmasian, beberapa kuliah pilihan di bidang pendidikan farmasi dan kedokteran, dan koordinasi mata kuliah pilihan "advanced compounding". Penelitiannya meliputi penilaian luaran pendidikan mahasiswa dan pengembangan profesi. Dr Hammer terlibat dalam dewan editorial *Journal of Pharmacy Teaching dan Research in Social and Administrative Pharmacy* dan telah memenangkan beberapa penghargaan di bidang pengajaran, inovasi dalam bidang pengajaran dan pendidikan, serta penelitian pendidikan. Dia mengasah kemampuan manajemen waktunya dengan bekerja penuh waktu dan juga mengasuh kedua putranya yang masih kecil.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memutuskan jika mereka perlu memperbaiki keterampilan mereka dalam hal manajemen waktu.
2. Menganalisis pilihan yang mereka buat secara kritis tentang bagaimana mereka menghabiskan waktu.
3. Menggambarkan mitos atau kesulitan tersembunyi yang umum terjadi dalam manajemen waktu.
4. Mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kesulitan yang tersembunyi dalam manajemen waktu.
5. Mendiskusikan berbagai macam teori dan pendekatan untuk mengelola waktu.
6. Menerapkan saran yang konkrit, melalui serangkaian langkah, untuk memperbaiki ketampilan manajemen waktu mereka.
7. Menjelaskan bagaimana teknik manajemen waktu diterapkan untuk praktik kefarmasian.
8. Mengenali hubungan antara manajemen waktu yang buruk dan stres.

■ SKENARIO

Meninjau ulang skenario Krista Connely dari Bab 2. Tampaknya Krista adalah seorang manajer waktu yang baik—dia selalu menghadiri semua kuliahnya, mempersiapkan materi kuliah sebelum waktunya dan meninjau kembali bahan-bahan kuliah dengan profesornya, bekerja paruh waktu di apotek, dan bahkan masih sempat melakukan kegiatan rumah, berkumpul bersama teman dan keluarga. Sayangnya, Krista mungkin tidak terlalu memperhatikan dirinya sendiri dengan baik seperti makan, berolahraga dan tidur, tetapi secara keseluruhan, tampaknya dia dapat melakukan semua itu. Satu pertanyaan tersisa, bagaimanapun juga, setelah membaca tentang Krista: Kapan dia belajar? Mungkin dia salah seorang murid yang “jenius” yang tampaknya tidak perlu giat belajar, tetapi tetap dapat memperoleh nilai yang tinggi. Perhatikan skenario berbeda berikut ini.

Tom Chan juga seorang mahasiswa farmasi tahun kedua. Tom menggambarkan dirinya sebagai seorang mahasiswa farmasi yang sibuk, meskipun dia tidak perlu mengatakan bahwa dia mengalami stres hampir setiap waktu. Tom mencoba untuk bangun tidur pukul 7 pagi sehingga dia bisa hadir di kelas pukul 8 pagi, tetapi dia sering ketiduran dan tidak mengikuti kuliah pada jam pertamanya. Dia menyadari bahwa dia harus tidur lebih awal, tetapi tampaknya satu-satunya waktu yang dia punya untuk belajar atau menonton acara TV untuk santai adalah pada pukul 10 malam sampai pukul 2 pagi. Kegiatan sehari-hari Tom normalnya adalah, mengikuti kuliah, bermain basket selama satu jam, dan melakukan praktik magang apotek di apotek jaringan setempat. Di antara waktu kuliah, dia biasanya berkumpul bersama teman-temannya, makan, atau mengikuti kegiatan ekstrakurikuler dan pertemuan. Tom mengalami kesulitan untuk mendapat waktu belajar yang berkualitas sepanjang siang itu dan biasanya menunda sampai saat menghadapi ujian utama atau menyelesaikan tugas penting sampai malam sebelum tanggal pengumpulannya. Karena itu, dia biasanya begadang sepanjang malam sekali atau dua kali dalam seminggu. Sepanjang minggu ujian tengah semester dan ujian akhir semester, dia kadang-kadang belajar sampai larut malam pada beberapa kesempatan. Nilai rata-rata Tom di sekolah adalah B dan C, dan dia mendapat nilai D di mata kuliah farmakologi tahun lalu dan harus mengulang mata kuliah itu.

Biasanya Tom bekerja sekitar 20 jam per minggu untuk membantu membayar uang kuliahnya dan pengeluaran lain yang berhubungan dengan studinya, dan juga biaya telpon selulernya, TV kabel serta langganan internet; uang cicilan mobil dan asuransinya; sewa tempat tinggal; dan biaya hidup lainnya. Dia biasanya memanfaatkan sedikit uang yang tersisa untuk membeli CD, menonton film dan pergi bersama temannya, serta membayar tagihan kartu kredit untuk membayar cicilan perabotan dan barang-barang untuk perlengkapan

apartemen yang dia beli saat pertama kali menuntut ilmu di sekolah farmasi. Apotek yang mempekerjakannya sebagai karyawan magang di apotek mempunyai program pelatihan yang membantu pemegang mempelajari pengelolaan apotek jaringan dan pengembangan keterampilan administrasi. Pada penilaian tahunan karyawan baru-baru ini, penilai Tom mengemukakan kekecewaannya terhadap keterlambatan kehadiran Tom saat bekerja, ketidakmampuan Tom untuk membuat prioritas tugas pekerjaan yang baik, dan kurangnya keinginan untuk memperbaiki diri atau berusaha menjadikan dirinya sebagai bagian dari fungsi manajemen. Tom menjadi tidak percaya diri akibat penilaian tersebut dan merasa tidak yakin harus berbuat apa.

Apakah Anda mempunyai teman sekelas seperti Krista dan Tom? Apakah kehidupan mereka memiliki kesamaan dengan Anda? Luangkanlah waktu untuk membaca lebih lanjut agar Anda dapat mencari bagaimana menerapkan beberapa manajemen waktu sederhana dan keterampilan organisasional dapat menjadikan Anda mahasiswa farmasi yang lebih baik, farmasis masa depan yang lebih baik, dan menjadi seseorang yang lebih produktif dan lebih sehat.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana saya bisa mengetahui kapan saya harus mengelola waktu saya menjadi lebih baik lagi?
2. Apa yang dapat saya lakukan untuk mengelola lebih baik waktu saya?
3. Sumber daya apa yang dapat saya gunakan untuk membantu mengelola lebih baik waktu saya?
4. Kesulitan tersembunyi apa saja yang umum terjadi pada manajemen waktu?
5. Bagaimana korelasi antara manajemen waktu pribadi dengan manajemen waktu praktik kefarmasian?
6. Bagaimana mengelola waktu dengan lebih baik pada praktik kefarmasian?
7. Bagaimana manajemen waktu yang buruk dapat berpengaruh pada tingkat stres saya?

■ PENTINGNYA KETERAMPILAN MENGELOLA WAKTU DAN PENGATURAN

Dalam sehari ada 24 jam. Suatu penelitian mengatakan bahwa untuk menjaga agar seseorang tetap sehat maka seseorang harus tidur selama kurang lebih 7 sampai 8 jam sehari. Hal tersebut menyisakan waktu 16 sampai 17 jam untuk menyelesaikan segala sesuatu yang kita butuhkan dan yang ingin kita lakukan dalam sehari seperti: pergi ke sekolah dan/atau bekerja (biasanya memakan waktu 3 sampai 10 jam per hari), belajar (berdasarkan pengalaman untuk

perkuliahan adalah 2 jam belajar mandiri untuk setiap 1 jam kuliah dalam kelas, jadi kita sepakati saja kurang lebih 6 jam per hari), makan (kurang lebih satu jam per hari), mandi dan bersiap-siap (setengah sampai satu jam per hari), berolahraga (setengah sampai satu jam per hari), perawatan rutin (seperti; membayar tagihan, merapikan kamar, dan lain-lain, akan menghabiskan waktu kurang lebih 1 jam per hari), berpartisipasi dalam kegiatan peminatan non-akademis atau non-pekerjaan (1 jam per hari), bersantai dan bersenang-senang (setengah sampai satu jam per hari), dan meluangkan waktu dengan keluarga dan/atau teman (bertemu langsung, melalui surat elektronik, atau telepon, menghabiskan waktu setengah sampai 1 jam per hari). Tidak semua dari kita melakukan setiap kegiatan tersebut setiap hari, tetapi bila iya, kita menghabiskan waktu 14 hingga 23 jam per hari untuk melakukan kegiatan tersebut. Dan perkiraan ini belum memasukkan waktu yang dihabiskan di perjalanan ataupun kejadian-kejadian tidak terduga.

Waktu adalah salah satu dari sumber daya yang sangat berharga yang kita miliki. Beberapa filosofi telah berkali-kali menyebutkan mengenai waktu:

- Waktu yang Anda berikan adalah hadiah yang paling berharga yang dapat Anda berikan.
- Jika kamu ingin tahu nilai *sesungguhnya* dari seseorang, lihatlah bagaimana mereka menghabiskan waktu dan uang mereka.
- Waktu adalah uang.
- Manajemen waktu *bukanlah* tentang mengelola waktu; tetapi tentang bagaimana mengelola dirimu sendiri.

Banyak penemuan di bidang teknologi dan bidang lainnya tentang penghematan waktu. Pikirkanlah tentang program komputer untuk mengolah kata, membuat lembar kerja, dan analisis statistik. Pikirkanlah juga tentang asisten pribadi digital (PDA), telepon genggam, *microwave*, penerbangan, dan surat yang tiba dalam semalam. Semua penemuan ini diciptakan untuk membuat hidup kita menjadi lebih mudah dan memungkinkan kita untuk menjadi lebih produktif dan menghabiskan waktu yang telah kita hemat untuk digunakan pada kegiatan lain. Telah dituliskan, bagaimanapun juga, bahwa kita tidak akan pernah dapat *menghemat* waktu—kita hanya dapat *menggunakannya*—jadi kita harus membuat keputusan yang bijaksana tentang bagaimana kita memilih untuk menghabiskan waktu kita (Ensmann, 1991).

Manajemen waktu dan keterampilan organisasional sangat penting baik secara pribadi maupun profesional. Manajemen waktu yang buruk dapat mengarah pada frustrasi, stres, dan kegagalan dalam menyelesaikan tugas sehari-hari atau mencapai tujuan pribadi dan profesional. Kita sudah mengetahui bahwa frustrasi dan stres dapat merugikan secara fisik. Manajemen waktu yang buruk dapat juga menyebabkan

kita kehilangan rasa penghargaan dan kepercayaan dari orang lain kepada diri kita, kita mungkin dianggap kurang bisa diandalkan dan kurang mandiri, kurang suka mengikuti komitmen, dan kurang bertanggung jawab. Jika orang lain merasakan hal ini tentang kita, kita kurang disukai untuk dilibatkan dalam hubungan dengan suatu komitmen atau mendapat promosi di kantor. Keamanan dapat juga terancam—keselamatan pribadi, contohnya, jika seseorang selalu datang terlambat dan selalu merasa terpaksa harus secara konsisten berkendara melebihi batas kecepatan. Keselamatan pasien pastinya dapat terancam jika praktik kefarmasian dilakukan dalam kondisi terburu-buru, tidak terorganisasi, dan sembrono. Sebaliknya, keterampilan manajemen waktu yang baik dapat mengarah kepada kualitas hidup yang lebih tinggi untuk sebagian besar masyarakat karena keterampilan ini memengaruhi begitu banyak aspek kehidupan kita, baik sebagai pribadi maupun profesional. Alasan untuk menjadi seorang manajer waktu/diri yang lebih baik sangat jelas dan sangat penting sehingga diharapkan siapapun yang membaca bab ini dapat termotivasi segera untuk memperbaiki keterampilan mereka dalam mengelola waktu.

■ MITOS DAN KESULITAN TERSEMBUNYI YANG UMUM

“Saya tidak punya waktu...”

Seberapa sering Anda mendengar atau bahkan mengatakan sendiri penggalan kalimat tersebut? Kenyataannya kita semua mempunyai waktu 24 jam setiap hari untuk menyelesaikan apa yang kita butuhkan dan yang ingin kita lakukan. Jadi, mengatakan bahwa Anda tidak punya waktu sebenarnya adalah sebuah kebohongan. Perbedaannya adalah bagaimana kita *memilih* untuk menghabiskan waktu kita. Jadi, kecuali Anda sedang dipenjara atau berada di suatu tenda kerja terisolasi yang karena itu Anda tidak membuat keputusan tentang bagaimana mengisi hari Anda, sebagian besar dari kita secara sadar memutuskan bagaimana menghabiskan waktu kita. Ini adalah pilihan Anda untuk mendaftar di sekolah farmasi. Ini adalah pilihan Anda untuk mengikuti kuliah. Ini adalah pilihan Anda untuk belajar. Ini adalah pilihan Anda untuk bekerja paruh-waktu. Ini adalah pilihan Anda untuk membaca buku ini. Tidak ada yang memaksa Anda untuk melakukan hal-hal tersebut. Mungkin akan ada konsekuensi jika Anda tidak memilih untuk melakukan hal-hal tersebut, tetapi yang patut digarisbawahi adalah bahwa Anda memilih bagaimana menghabiskan waktu Anda. Pada kesempatan lain Anda dapat mengatakan, “Saya tidak punya waktu untuk.....[isilah titik-titik tersebut],” ditulis ulang menjadi “Saya tidak dapat meluangkan waktu saya untuk.....[isilah titik-titik tersebut].” Seridaknya dengan cara demikian Anda tidak akan berbohong.

“Saya terlalu sibuk...”

Sekali lagi, Anda *memilih* bagaimana cara menghabiskan waktu Anda. Jika Anda merasa bahwa Anda terlalu sibuk untuk menjaga kesehatan pribadi Anda, mencapai tujuan pribadi dan profesional Anda, atau menjadi sukses dalam setiap tugas dan tanggung jawab seperti yang Anda inginkan, *ubahlah jadwal Anda*. Jangan mengambil terlalu banyak tugas. Temukanlah batasan sukses Anda, dan pertahankanlah! Bertentangan dengan anggapan populer bahwa jika semakin sibuk seseorang, makin produktiflah mereka, dan makin banyak yang akan mereka selesaikan. Pikirkanlah kapan terakhir kali Anda memiliki minggu tanpa suatu janji pertemuan atau tanpa tenggat waktu. Berapa banyak yang bisa Anda selesaikan? Bahkan, Anda mungkin terjebak pada suatu kondisi yang membutuhkan istirahat dan relaksasi, tapi Anda mungkin belum banyak melakukan hal yang masuk dalam daftar yang harus dikerjakan karena Anda masih berada dalam kondisi relaksasi dan tidak merasakan tekanan yang halus bahwa “sesuatu harus diselesaikan.” Sekali lagi tenggat waktu mulai dekat dan menimbulkan stres ketika Anda mulai menyadari bahwa Anda tidak punya cukup banyak waktu untuk memenuhi tenggat itu sebagaimana yang Anda inginkan. Penting sekali untuk mengisi ulang baterai Anda sesekali, tapi kutipan berikut yang berbunyi “Jika semuanya tampak mudah, periksalah karena jangan-jangan Anda sedang menuruni bukit” harus benar-benar diperhatikan. Meskipun sudah dinyatakan bahwa orang yang sibuk berarti lebih produktif, tetapi tidak seluruhnya benar pernyataan bahwa *semua* orang yang sibuk itu produktif. Banyak orang yang menghabiskan waktu mereka untuk mengerjakan tugas dan aktivitas yang sebenarnya dapat di tangani dengan baik oleh orang lain. Mereka mungkin kurang mampu memprioritaskan dengan baik tanggung jawab mereka atau dengan mudah terganggu atau biasanya terputus-putus dalam mengerjakan sesuatu. Dan memang benar bahwa beberapa orang memang *terlalu* sibuk. Anda tahu bahwa piring Anda terlalu penuh ketika kesehatan Anda mulai terganggu, hubungan pribadi Anda mulai mengalami kegagalan, dan Anda tidak dapat dipercaya mampu menyelesaikan semua tanggung jawab Anda. Anda mulai melupakan banyak hal. Anda melewatkan rapat dan tenggat waktu. Anda sering merasa khawatir dan merasa bersalah bila Anda beristirahat atau “cuti kerja”. Hal ini bukanlah pikiran yang sehat dan dapat memburuk sampai ke suatu titik yang menyebabkan sakit dan kelelahan. Sangat penting untuk menemukan keseimbangan yang membuat Anda merasa bahwa Anda dapat tetap berada di puncak segalanya dan menyelesaikan semuanya, tetapi ini bukan berarti jadwal Anda begitu longgarnya sehingga Anda menyalakan kemampuan Anda untuk mencapai tujuan yang lebih tinggi.

“Keterampilan manajemen waktu pribadi saya tidak ada hubungannya dengan cara saya mengatur waktu kerja.”

Pikiran seperti ini masuk akal, tetapi sebagian besar karena kita *proaktif* di rumah (contohnya; menentukan *kapan* kita ingin menyiapkan makan malam, mencuci baju, membayar tagihan rekening, dan lain sebagainya), sementara praktik kefarmasian sering kali *reaktif*—kita membantu pasien ketika mereka meminta atau membutuhkannya, mengerjakan permintaan obat bila ada permintaan, dan menjawab telepon apabila telepon berdering. Situasi yang berbeda-beda ini memberi kesan bahwa memang manajemen waktu pribadi dan profesi berbeda. Sangat mungkin bahwa seseorang sangat terorganisasi bila berada di rumah dan sangat buruk di tempat kerja, tapi hal ini kasus yang jarang dan tidak lazim terjadi. Sebagian besar orang yang mempunyai kesadaran akan pengaturan dan alokasi waktu tahu kapan harus berkata “tidak” serta bagaimana menerapkan keahlian tersebut di rumah dan di tempat kerja. Kita biasanya tidak dengan sengaja menerapkan kriteria yang berbeda terhadap bagaimana kita mengelola waktu kita di rumah dan di tempat kerja; keterampilan ini biasanya di bawah sadar, merupakan rutinitas, suatu kebiasaan. Kabar baiknya adalah bahwa keterampilan ini *dapat* dipelajari.

“Saya perlu waktu untuk fokus agar...”

Kemampuan *multitask* (melakukan lebih dari satu tugas pada waktu yang bersamaan) adalah suatu kebutuhan absolut untuk semua farmasis ataupun mahasiswa farmasi. Hal ini *bukan* berarti melakukan beberapa hal secara serentak—bila ini yang terjadi, Anda tidak akan pernah benar-benar menyelesaikan tugas sepenuhnya, dan keselamatan pasien pastinya akan dipertaruhkan. Namun, yang *dimaksud di sini* adalah penting bagi Anda memiliki kemampuan “memindah persneling” dengan mudahnya dan tetap memiliki ketajaman berpikir sehingga Anda dapat memberikan perhatian yang tidak terbagi untuk beberapa waktu pada tugas yang sedang dikerjakan dan kemudian melanjutkan tugas berikutnya atau kembali ke tugas semula. Jarang sekali Anda akan menemui hari tanpa adanya janji atau aktivitas terjadwal sehingga Anda dapat menghabiskan seluruh hari Anda dengan satu tugas saja.

“Saya seorang perfeksionis...”

Benar-benar penting untuk Anda melakukan yang terbaik dan selalu “bersemangat melakukan yang terbaik,” tetapi sebagai seorang mahasiswa farmasi atau farmasis dengan banyaknya tuntutan kebutuhan dalam waktu Anda, sangat penting bagi Anda untuk memahami tugas mana yang harus sempurna dikerjakan dan yang mana di bawah sempurna.

Pendosisan dan penyiapan sediaan jenis kemoterapi, misalnya, harus sesempurna mungkin-sangat penting memastikan bahwa waktunya cukup untuk menyelesaikan tugas ini sehingga menjamin bahwa apa yang dilakukan sudah benar karena nyawa seseorang menjadi taruhannya. Memperbaiki laporan mahasiswa sebanyak lima kali untuk kuliah 3 SKS, bagaimanapun juga, tidak memiliki dampak yang besar, dan waktu yang dihabiskan pada perbaikan tambahan sebanyak 3 kali dari tugas itu dapat dipergunakan untuk belajar untuk persiapan ujian yang berharga dua kali dari jumlah nilai yang didapat dari laporan. Tidak apa-apa untuk tidak selalu sempurna setiap waktu, kecuali, tentu saja, ketidaksempurnaan itu mengakibatkan sesuatu yang fatal. Dengan kata lain, kadang-kadang kita harus "memilih pertempuran kita" untuk memenangkan perang manajemen waktu.

"Mereka tidak mengajarkan manajemen waktu di kurikulum saya."

Beberapa sekolah farmasi mengadakan lokakarya secara teratur untuk mahasiswa atau menjadi bagian dari perkuliahan yang diperuntukkan mengenai manajemen waktu, keterampilan belajar, manajemen stres, serta keterampilan lainnya untuk bertahan dalam sekolah farmasi dan hidup. Namun, jika sekolah Anda bukan salah satu dari yang disebutkan tadi, bab ini diberikan untuk membantu Anda menemukan jalan menjadi seorang manajer waktu yang lebih baik. Sebagai tambahan, terdapat sejumlah buku dan artikel yang disebutkan di bab ini yang dapat membantu Anda menjadi seorang manajer waktu yang sukses.

■ TEORI DAN PRAKTIK MANAJEMEN WAKTU

Pada tahun 1675, R.T. menulis sepucuk surat kepada Tuan R.A. menggambarkan "the art of husbandry, or the improvement of time: being a sure way to get and keep money."¹ Dalam surat ini, R.T. mendiskusikan beberapa aturan untuk pedagang, penjaga toko, montir, pramuniaga, dan lainnya untuk mengikuti aturan itu dengan tujuan agar menggunakan waktu untuk kebaikan bagi mereka sendiri dan keluarga. Dia menjelaskan hilangnya waktu seseorang, termasuk waktu yang dihabiskan di kedai minuman, kedai

kopi, atau kedai minuman keras, sebagai "penyebab satu-satunya kemiskinan di kota dan negara ini." Kutipan ini mungkin yang pertama kali mulai menggambarkan pentingnya manajemen waktu.

Maju ke tahun 1950-an, ketika revolusi industri telah lama terjadi, bangsa Amerika menikmati sukses pascaperang, dan manajemen yang merupakan suatu disiplin ilmu bisnis mulai berevolusi. Peter Drucker, yang dikenal sebagai "guru" manajemen bisnis, menulis *The Practice of Management* di tahun 1954, yang memopulerkan seni dan pendidikan manajemen. Di dalam tulisan ini, beliau mengedepankan filosofi dan praktik "manajemen berdasarkan tujuannya" dan menggambarkan waktu sebagai "sumber daya yang paling suci, dan bila tidak dikelola dengan baik, tidak ada hal lain lagi yang dapat dikelola" (seperti yang dinyatakan ulang oleh Applebaum dan Rohrs, 1981). Di buku berikutnya, Drucker mengutarakan dengan jelas empat saran untuk membantu para eksekutif untuk mengelola waktu mereka lebih baik (Drucker, 1967, hlm. 26-28):

1. Temukan dengan tepat bagaimana sebenarnya Anda menggunakan waktu Anda.
2. Tentukan apa yang harus atau tidak harus diselesaikan (dan tidak melanjutkan untuk mengerjakannya yang belakangan)
3. Delegasikan pekerjaan kepada orang lain dengan kualifikasi yang sama atau bahkan lebih baik dari Anda.
4. Berhenti menyalahkan waktu orang lain.

Berlanjut ke tahun 1980-an dan 1990-an, Stephen Covey menjadi pahlawan nasional dengan bukunya *Seven Habits of Highly Effective People* (Covey, 1989). Covey memfokuskan pada perkembangan karakter melalui praktik dan internalisasi prinsip tujuh kebiasaan, yang dua di antaranya berhubungan langsung dengan manajemen waktu: (1) *Begin with the end of mind* (Mulailah dengan hasil akhir yang diinginkan) dan (2) *put the first thing first* (dahulukan hal yang penting). Kedua prinsip itu mengutamakan penentuan apa yang benar-benar penting bagi Anda dan kemudian temukan cara untuk memastikan bahwa tujuan-tujuan tersebut telah tercapai. Covey menyatakan bahwa inti dari manajemen waktu adalah "untuk mengorganisasi dan melaksanakan prioritas-prioritas yang ada." Covey membuat suatu matrik manajemen waktu (Tabel 13-1) untuk membantu kita mengategorikan aktivitas sehari-hari dan memahami bagaimana kita dapat memaksimalkan waktu kita dengan melakukannya. Covey mengatakan bahwa kita adalah manajer pribadi yang sangat efektif ketika kita berada di kuadran II. Di bab tentang hal meletakkan mendahulukan hal yang penting, beliau juga memberikan saran untuk pengelolaan jangka panjang, pengelolaan mingguan, dan bagaimana untuk mengatakan tidak.

¹R.T. The art of husbandry, or The Improvement of time. 1675. Salinan dari kutipan aslinya tersedia melalui media mikrofilm di University of Michigan, Ann Arbor, MI (1991). Juga tersedia di http://eebo.chadwyck.com/search/full_rec?SOURCE=pgthumbs.cfg&ACTION=ByID&ID=99830667&FILE=../session/1210961294_2335&SEARCHSCREEN=CITATIONS&SEARCHCONFIG=var_spell.cfg&DISPLAY=AUTHOR (Diakses pada 16 Mei 2008).

Matrik Manajemen Waktu

	Mendesak	Tidak Mendesak
Penting	Kuadran I Aktivitas: Krisis, permasalahan yang menekan, proyek yang memiliki tenggat waktu	Kuadran II Aktivitas: Pencegahan dan eliminasi krisis, rencana, prinsip, membangun spasi untuk menghadapi krisis, rencana berkesinambungan, perencanaan
Tidak penting	Kuadran III Aktivitas: Interupsi, beberapa panggilan, beberapa surat, beberapa laboran, beberapa pertemuan, hal yang diminta dalam waktu dekat dan terburu-buru, aktivitas populer	Kuadran IV Aktivitas: Rencana tidak penting, beberapa surat, beberapa panggilan, beberapa aktivitas untuk menanggapi aktivitas yang menyendang

Sumber: Digunakan sejlin Covey, 1989, hlm. 151.

Julie Morgenstern menggambarkan suatu pendekatan yang terbaru di dalam bukunya, *Time Management from Inside Out* (Morgenstern, 2000). Morgenstern, pendiri dan pemilik Julie Morgenstern's Profesional Organizers di New York, menarik suatu perbandingan antara waktu dan ruangan (Tabel 13-2) dan menggambarkan tiap-tiap hari sebagai "suatu wadah, satu unit penyimpanan yang memiliki kapasitas tertentu yang bisa Anda raih." Bukunya membawa pembaca melewati empat fase:

1. *Meletakkan pondasi*—memikirkan cara membuat sistem manajemen waktu yang sesuai untuk Anda.
2. *Menganalisis*—menentukan tipe kepribadian Anda, hal yang lebih disukai, kebutuhan, dan tujuan.
3. *Merencanakan strategi*—memetakan jadwal ideal Anda dan tetap mematuhi.
4. *Melancarkan serangan*—melaksanakan apa yang sudah Anda rencanakan.

Buku Morgenstern muncul pada halaman depan artikel *Pharmacy Student* yang berjudul, "Yes, You Can Find the Time" (English, 2003). Buku ini juga berisi lampiran-lampiran yang sangat membantu dan dilengkapi dengan daftar sumber daya manajemen waktu dan juga referensi tambahan.

Marilyn Paul, penulis buku *It's Hard to Make a Difference When You Can't Find Your Keys* (Paul, 2003), menawarkan suatu konsep "tujuh-langkah untuk benar-benar menjadi terorganisasi" (Gambar 13-1). Beliau menegaskan bahwa tidak seperti buku pengelolaan bantu-diri lainnya, bukunya memberikan pendekatan yang lebih holistik dan menggabungkan aspek mental, fisik, emosional dan spiritual seseorang ke dalam konteks menjadi terorganisasi dan berdampak menjalani kehidupan yang lebih baik. Semua buku hanya menggambarkan dan menawarkan saran yang berarti dan berharga yang terkait dengan manajemen waktu dan tantangan hidup lainnya.

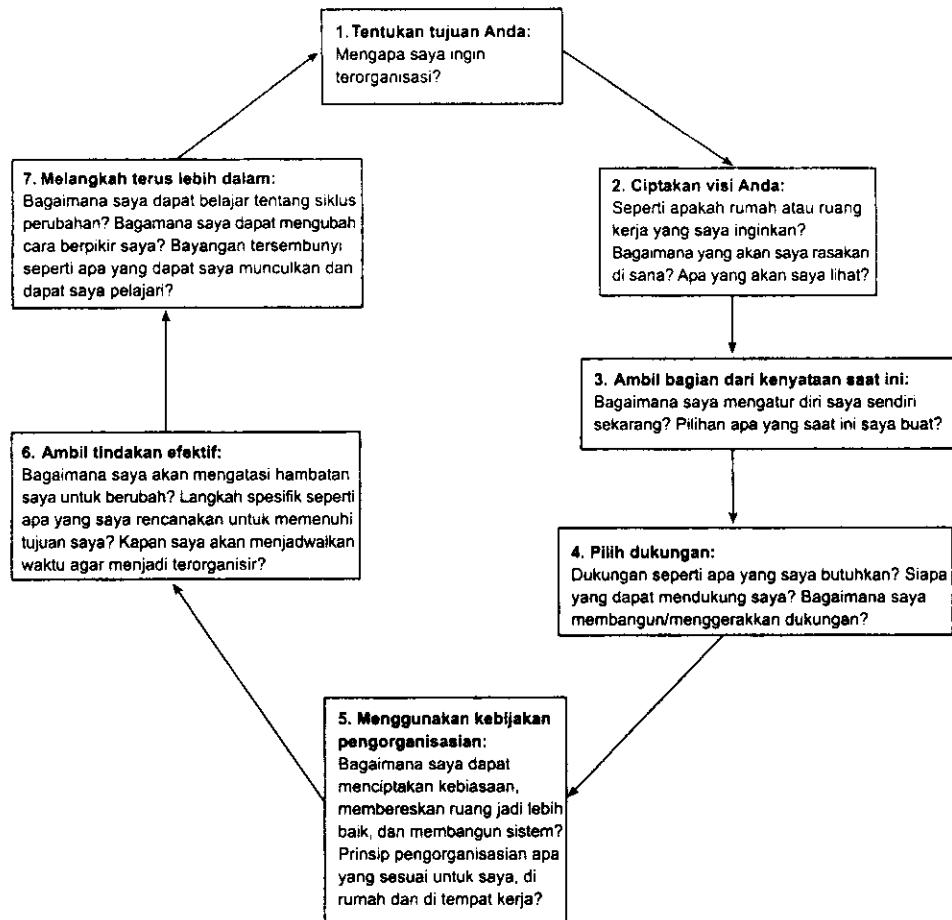
■ MANAJEMEN WAKTU YANG SEBENARNYA—BAGAIMANA CARA MELAKUKANNYA

Sejumlah buku yang ada sejauh ini hanyalah beberapa dari sekian banyak sumber tentang manajemen waktu. Beberapa sumber daya memfokuskan secara spesifik pada profesional yang sibuk dan menjelaskan lebih detil lagi tentang bagaimana mengelola pertemuan, panggilan telepon, interupsi, dan aktivitas lainnya yang berpotensi memboroskan waktu di

Perbandingan antara Waktu dan Ruang

Ruang Penyimpanan yang Kacau Spasi ruangan yang terbatas Menjelakan lebih banyak barang melebihi tempat penyimpanan Barang-barang yang menyekat semua bagian ruang yang tersedia secara tidak beraturan Pengaturan yang serampangan menyusahkan untuk melihat apa yang Anda punyai Tidak efisien dalam menggunakan alat bantu pengaturan	Jadwal yang Kacau Jumlah waktu yang terbatas Menjelakan lebih banyak tugas melebihi waktu Tugas yang memenuhi semua bagian waktu yang tersedia secara tidak beraturan Pengaturan yang serampangan menyusahkan untuk melihat apa yang Anda punyai Tidak efisien dalam menggunakan alat bantu pengaturan
--	--

Sumber: Digunakan sejlin Morgenstern, 2000, hlm. 11.



Gambar 13-1. Tujuh-langkah siklus perubahan. (Data diambil dari White SJ. Working efficiently. *Am J Health Sys Pharm*. 2007;64(15):1587-1591.)

hari sibuk seorang profesional. Sumber lainnya mengarahkan manajemen waktu sebagai suatu bagian dari “keutuhan” seseorang—tujuan pribadi dan profesi atau misi dalam hidup, kepribadian, tipe komunikasi, dan sifat lainnya karena kesemuanya ini memengaruhi bagaimana cara kita menggunakan waktu kita. Meskipun diskusi tentang tiap-tiap topik ini berada di atas cakupan bab ini, bagian ini menitikberatkan banyak prinsip dari referensi-referensi itu karena kesemua hal tersebut berlaku bagi diri kita semua, tidak peduli apa pekerjaan penuh waktu ataupun karakter pribadi kita.

Secara seksama telah disari tema yang paling dikenal dari berbagai referensi yang ada dan dapat diterapkan bagi mahasiswa farmasi yang sibuk. Langkah/tema yang terlibat di dalam praktik manajemen waktu yang lebih baik adalah

- Mengetahui kebutuhan untuk perbaikan.
- Melakukan refleksi-diri yang jujur atau analisis tentang bagaimana Anda mempergunakan waktu Anda saat ini.
- Menetapkan “misi” Anda dan menentukan tujuan.

- Mulai mengatur diri (menyortir tugas, membuat daftar induk, prioritas dan jadwal tugas, menggunakan sebuah sistem)
- Bertindak.
- Meninjau kembali, memperbaiki, dan memodifikasi.

Tema-tema ini dijelaskan lebih lengkap selanjutnya dengan beragam saran yang sangat membantu dari berbagai sumber.

Mengetahui Kebutuhan untuk Perbaikan

Hampir semua literatur yang menjelaskan program perubahan perilaku yang sukses, seperti program 12 langkah, memulai pada titik yang sama: mengetahui bahwa perilakunya perlu diubah atau bahwa ia menginginkan perubahan perilaku dirinya. Mudah-mudahan Anda telah memutuskan bahwa keterampilan manajemen waktu Anda perlu diperbaiki. Jika Anda belum memutuskan, kesempatan bagi Anda untuk dapat menjadi lebih baik akan banyak berkurang. Jika

termasuk orang dalam kategori terakhir, bagian berikutnya mungkin dapat meyakinkan Anda bahwa Anda dapat memperoleh keuntungan dari mengubah beberapa kebiasaan Anda saat ini.

Melakukan Refleksi-Diri yang Jujur Atau Analisis Tentang Bagaimana Anda Mempergunakan Waktu Anda Saat Ini

Melakukan peninjauan ulang menyeluruh terhadap bagaimana Anda menghabiskan hari atau minggu keseharian Anda saat ini akan dapat sangat membantu dalam menetapkan bagaimana cara yang terbaik memulai perbaikan manajemen waktu Anda. Menanyakan pada diri Anda tentang beberapa pertanyaan utama juga dapat membantu mengenali letak permasalahan dan bagaimana seharusnya Anda merencanakan waktu Anda dengan baik berdasarkan kecenderungan dan tipe pribadi Anda. Salah satu alat bantu yang paling berguna untuk membantu Anda mendiagnosis area yang perlu diperbaiki adalah dengan menyimpan *jurnal waktu*. Pada kalender yang mendetail, catatlah bagaimana Anda menghabiskan waktu Anda tiap 15 menit. Cara yang paling jitu untuk melakukan ini adalah dengan membawa setiap saat kalender Anda serta catatlah kegiatan Anda dan waktu yang diperlukan untuk itu setiap saat Anda mulai berganti kegiatan. Lakukan ini selama seminggu penuh, dan *jujurlah*, misalnya 75 menit menjelajahi internet untuk bersenang-senang, 15 menit melamun, dan 30 menit tidur pulas. Setelah seminggu, analisis semua area tersebut dan pikirkan di bagian mana seharusnya Anda dapat lebih baik menggunakan waktu Anda, dan evaluasi faktor-faktor yang berkontribusi dalam kegiatan pemborosan waktu. Contohnya, Tom Worral, farmasis spesialis perawatan klinik rawat jalan di Ralph H. Johnson Veterans' Affairs Medical Center di Charleston, Carolina Utara, menerangkan bahwa sebagai seorang mahasiswa dia memilih untuk belajar di perpustakaan kota daripada di perpustakaan sekolah sehingga ia dapat lebih banyak menyelesaikan sesuatu. "Apa yang diselesaikan dalam waktu 4 jam di pusat mahasiswa dapat dikerjakan dalam waktu 2 jam di perpustakaan kota karena lebih sedikit gangguan" (English, 2003). Penulis lain menyarankan bertanya kepada sesama rekan kerja (atau orang tertentu lainnya atau teman sekamar, atau siapapun yang serupa itu) untuk mengamati kebiasaan Anda selama satu minggu dan memberikan beberapa umpan-balik yang membangun (Wick, 1997). Pastikan kalau Anda tidak terlalu keras pada diri sendiri—sangat penting untuk memberi imbalan atas kerja keras. Vida Farrar, mahasiswa alumnus pascasarjana Kimia Medisinal, mengindikasikan bahwa "Dalam 3 sampai 4 jam waktu belajar kita berhak atas 15 sampai 20 menit istirahat. Dan pada putaran kedua memperoleh setengah jam sampai satu jam istirahat" (Dance, 1991).

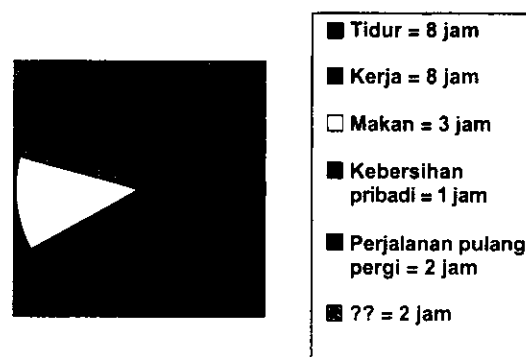
Ketika melakukan analisis tentang bagaimana Anda menghabiskan waktu Anda, Bond (1996, hlm. 51) menyarankan bertanya pada diri sendiri pertanyaan-pertanyaan yang terkait dengan tiap kegiatan:

- Mengapa saya melakukan ini?
- Apa tujuannya?
- Mengapa saya akan berhasil?
- Apakah yang saya kerjakan pada menit ini mendekatkan saya tujuan saya?
- Apa yang akan terjadi bila saya memilih untuk tidak melakukannya?

Bond melanjutkan dengan beberapa pertanyaan umum tentang bagaimana Anda menghabiskan waktu Anda:

- Apakah yang saat ini sedang saya lakukan tetapi tidak benar-benar perlu diselesaikan?
- Apakah yang saat ini sedang saya lakukan tetapi dapat diselesaikan oleh orang lain?
- Apakah yang saat ini sedang saya lakukan tetapi dapat diselesaikan dengan lebih efisien?
- Apa yang saya lakukan dan membuat waktu orang lain tersia-sia?
- Jika saya tidak punya waktu untuk melakukannya dengan benar, apakah saya punya waktu untuk melakukannya dengan salah?

Douglass dan Douglass (1993) menganjurkan pembuatan diagram pai untuk memperlihatkan gambaran di bagian mana waktu Anda dihabiskan (Gambar 13-2). Mereka juga menyarankan agar Anda menanyakan 12 pertanyaan kepada diri sendiri saat meninjau ulang satu hari di dalam catatan perjalanan waktu Anda untuk mengetahui dengan lebih baik sudah seberapa baikkah Anda mengelola waktu Anda? (Douglass dan Douglass, 1993, hlm. 44):



Gambar 13-2. Contoh diagram pai untuk satu hari tertentu. (Digunakan seijin Douglass dan Douglass, 1993, hlm. 154.)

1. Apa yang telah dilakukan dengan benar hari ini [berkenaan dengan penggunaan waktu Anda secara bijak]? Apa yang dilakukan dengan salah? Mengapa?
2. Jam berapa saya memulai tugas prioritas utama [anggaplah Anda telah mengetahui tugas prioritas utama Anda; lihat pada bagian menjadi lebih teratur]? Mengapa? Dapatkah saya memulai lebih awal pada hari itu?
3. Pola dan kebiasaan apa yang terlihat dari catatan perjalanan waktu saya?
4. Apakah saya menghabiskan 1 jam pertama dari hari [kerja] saya dengan mengerjakan pekerjaan yang penting?
5. Bagian manakah yang paling produktif dari hari saya? Mengapa?
6. Bagian manakah yang kurang produktif dari hari saya? Mengapa?
7. Siapa atau apa yang menyebabkan terjadinya sebagian besar interupsi [atau apa yang selalu membuat Anda meninggalkan tugas]?
8. Bagaimana saya menghilangkan atau mengurangi 3 hal terbesar yang memboroskan waktu saya?
9. Seberapa banyak waktu yang saya habiskan untuk kegiatan yang bernilai tinggi dan seberapa banyak untuk kegiatan bernilai rendah?
10. Kegiatan mana yang dapat saya kurangi waktunya dan tetap mendapatkan hasil yang dapat diterima?
11. Kegiatan mana yang membutuhkan lebih banyak waktu hari ini?
12. Kegiatan mana yang dapat didelegasikan? Kepada siapa?

Walaupun tidak semua pertanyaan ini dapat diterapkan kepada mahasiswa farmasi tertentu, banyak dari pertanyaan itu yang membuat berpikir tentang evaluasi-diri terhadap bagaimana Anda menghabiskan waktu Anda.

Morgenstern menawarkan pendekatan yang lebih terperinci untuk menganalisis "hubungan pribadi dengan waktu" Anda dan menyarankan pembaca untuk menyelesaikan empat latihan kecil. Latihan pertama adalah untuk menetapkan "apa yang berjalan," dan penulis menyarankan Anda bertanya pada diri Anda 12 pertanyaan, termasuk, "Tidak peduli seberapa sibuknya saya, saya selalu menemukan waktu untuk..... [isi tempat yang kosong]," "Saya tidak pernah menunda-nunda untuk.....[isi tempat yang kosong]," dan "Saya tidak punya masalah menangani proyek yang susah ketika.....[isi tempat yang kosong]" (Morgenstern, 2000, hlm. 47). Latihan kedua memberikan 9 pertanyaan untuk ditanyakan pada diri Anda sendiri untuk menetapkan "apa yang *tidak* berjalan," termasuk, "Saya tidak pernah punya waktu untuk.....[isi tempat yang kosong]," "Saya biasanya terlambat untuk.....[isi tempat yang kosong]," dan "Satu hal yang saya harap dapat dilakukan setiap hari adalah.....[isi tempat yang kosong]" (hlm. 51). Latihan ketiga melibatkan pengidentifikasian kecenderungan

manajemen waktu Anda. Morgenstern meminta untuk melingkari setiap pilihan yang ada dalam 12 pasang pilihan yang saling bertentangan, seperti "bekerja mandiri versus bekerja sama," "konsentrasi pada satu tindakan singkat versus bekerja terus-menerus," dan "tenggat waktu yang singkat versus waktu tenggang yang lama" (hlm. 54). Latihan yang terakhir dalam analisis diri sendiri menurut Morgenstern, yang terdiri dari 2 bagian, membantu pembaca untuk mengenali siklus dan sumber energi pribadi. Bagian pertama menanyakan dua set pertanyaan yang sama untuk tiap periode hari (pagi, siang, sore, dan larut malam): ("Pagi) adalah waktu terbaik saya untuk.....[isi tempat yang kosong] dan merupakan waktu yang buruk bagi saya untuk..... [isi tempat yang kosong]." Bagian kedua meminta Anda untuk mengenali apa yang membantu Anda "pulih" dari suatu daftar potensial yang terdiri dari 13 poin. Douglass dan Douglass juga memasukkan kuis diagnosis singkat di sepanjang buku mereka untuk membantu pembaca menentukan kekuatan dan kelemahan mereka yang berkenaan dengan beberapa area manajemen waktu (Douglass dan Douglass, 1993).

Woodhull (1997) menyarankan bahwa dengan mengidentifikasi tipe manajemen waktu akan membantu Anda untuk mengetahui lebih baik bagaimana cara menggunakan waktu yang belum terjadwal, atau "ruang putih." Beliau menyatakan bahwa seorang penggila kerja (*workaholic*) seringkali tidak mempunyai ruang putih di dalam jadwal mereka, dan hal ini tidak sehat. Beliau menggambarkan empat tipe dasar manajer waktu:

- "*Pemimpin* di atas semuanya menghargai penyelesaian pekerjaan dan bergerak maju....Tipe komunikasi mereka adalah langsung dan singkat. Moto mereka adalah '*be brief and be gone*'. Katakanlah apa yang harus Anda katakan dalam 10 kata atau kurang. Mereka adalah ahli dalam membuat keputusan yang cepat" (Woodhull, 1997, hlm. 43).
- "*Analitis* menilai penyelesaian tugas dengan presisi dan akurasi. Mereka mencurahkan perhatian lebih pada detail. Tipe mereka adalah sistematis. Mereka menggunakan fakta, logika, dan struktur. Ketika Anda berkomunikasi dengan mereka, pastikan Anda sudah mengaitkan ide baru Anda dengan konsep lama dan pastikan Anda memberikan penjelasan yang menyeluruh" (Woodhull, 1997, hlm. 45).
- "*Penghubung* percaya bahwa bergaul baik dengan orang lain adalah yang paling penting. Memupuk hubungan utama dalam hidup mereka adalah sepenuhnya hal penting bagi mereka. Mereka tidak menyukai membuat keputusan yang berdampak pada orang lain. Terkadang mereka merasa terlampaui terbebani dengan semua hal yang mereka setuju untuk mereka kerjakan bagi orang lain" (Woodhull, 1997, hlm. 45).

- *Penghibur*. “Dahulu dianggap terlalu aneh dalam dunia kerja normal, kini tipe ini adalah seseorang yang menghasilkan ide baru yang dapat mempertahankan perusahaan untuk tetap hidup. Tidak seperti tiga tipe lainnya, penghibur tidak suka jadwal yang presisi maupun yang dapat diperkirakan. Sebaliknya, mereka sangat menikmati keragaman dan fleksibilitas” (Woodhull, 1997, hlm. 46).

Jika Anda tidak yakin tipe manajer waktu yang manakah Anda, Woodhull (1997, hlm. 47) memberikan kuis yang dapat Anda isi untuk mengetahuinya. Beliau menyatakan, bagaimanapun juga, manajer waktu yang lebih baik merupakan gabungan fitur dari tiap-tiap tipe agar lebih fleksibel dan dapat menyesuaikan diri terhadap situasi yang beragam.

Sekarang setelah Anda menganalisis tipe manajemen waktu Anda secara menyeluruh, kecenderungan, dan penggunaan waktu saat ini, Anda telah siap untuk maju ke langkah berikutnya dalam rangka menjadi seorang manajer waktu yang lebih baik.

Menetapkan “Misi” Anda dan Menentukan Tujuan

Walaupun langkah ini dan diagnosis yang baru saja dijelaskan tidak terlalu penting untuk menjadi manajer waktu yang lebih baik, menyelesaikannya akan membantu untuk memperbaiki manajemen waktu Anda. Mempersiapkan tujuan pribadi dan profesi baik jangka pendek maupun jangka panjang adalah sangat penting untuk membantu penentuan prioritas dan menjadi tetap fokus. Covey (1989) serta Douglass dan Douglass (1993) tiap-tiap menyarankan untuk menuliskan pernyataan misi pribadi; dari sinilah seharusnya asal semua tujuan dan prioritas. Menurut Covey, pernyataan misi pribadi adalah “cara yang paling efektif yang saya tahu untuk memulai sesuatu dari tujuan akhir yang diinginkan” (Covey, 1989, hlm. 106). Pernyataan misi pribadi Anda, atau filosofi atau keyakinan, “fokuslah pada Anda ingin menjadi apa (karakter) dan apa yang Anda akan lakukan (kontribusi dan pencapaian) serta pada nilai dan prinsip yang mendasari keinginan menjadi sesuatu dan melakukan sesuatu” (Covey, 1989, hlm. 106). Covey memberikan beberapa contoh pernyataan misi pribadi dan panduan tentang bagaimana untuk menulis pernyataan semacam itu. Douglass dan Douglass menjelaskan sebuah pernyataan misi pribadi adalah memfokuskan “secara langsung pada peran, hubungan, dan tanggung jawab Anda.....pada tempat Anda benar-benar menemukan siapa diri Anda dan mengapa Anda di sini,...dengan hati-hati mempertimbangkan hubungan Anda dengan [kekuasaan yang lebih tinggi, orang tertentu, orang-orang yang dicintai], teman, masyarakat, bos, dan diri sendiri. Menjadi jenis orang seperti apakah yang benar-benar Anda inginkan? Berapa banyak seharusnya pencapaian

yang bisa Anda tambahkan dalam hidup? Tuliskan ide kasar Anda, kemudian perbaiki, dan perhalus lagi” (Douglass dan Douglass, 1993, hlm. 179). Beberapa penulis mengarahkan untuk menulis berita kematian Anda sendiri sebagai cara untuk membantu menentukan bagaimana Anda ingin dikenang dan apa yang ingin Anda capai dalam hidup Anda. Meskipun ide ini mungkin nampak sedikit seperti “kebahagiaan di surga,” banyak ahli mengatakan bahwa tanpa memikirkan ide ini secara mendalam dan mempersiapkan tujuan, banyak di antara kita yang tidak akan mencapai potensinya sepanjang hidup. Dan ingat, kita hanya punya 24 jam di setiap harinya!

Ketika Anda telah berpikir sampai ke pertanyaan yang mendalam ini, akan sangat mudah untuk mengenali tujuan dan prioritas Anda baik yang jangka pendek maupun jangka panjang. Douglass dan Douglass (1993, hlm. 16-17) menggambarkan bagaimana menulis tujuan SMART (*specific* = spesifik, *measurable* = terukur, *achievable* = dapat dicapai, *realistic* = realistik, and *timed* = terjadwal):

1. *Tujuan harus spesifik*. Semakin spesifik suatu tujuan, semakin banyak petunjuk yang tersedia, dan semakin mudah untuk mengukur perkembangannya. Contohnya, Anda mungkin mempunyai tujuan untuk belajar lebih giat, pernyataan itu terlalu melebar. Namun, jika Anda mengatakan, “Saya akan meningkatkan waktu belajar saya 1 jam setiap hari atau paling tidak 6 jam seminggu,” tujuan ini lebih spesifik dan ditentukan secara jelas.
2. *Tujuan harus dapat terukur*. Sama dengan komentar sebelumnya, lebih mudah untuk menentukan apakah Anda sudah membuat kemajuan menuju tujuan Anda jika Anda dapat dengan suatu cara mencoba mengukur hal-hal spesifik dalam tujuan Anda. Contoh sebelumnya akan dengan mudah diukur bila Anda menyimpan data tentang bagaimana Anda memanfaatkan waktu tiap harinya.
3. *Tujuan harus dapat dicapai*. “Tujuan harus membuat Anda merentang dan tumbuh,” tetapi dia juga tidak ditetapkan terlalu tinggi sehingga secara realistis sukar untuk dicapai. Contohnya, seseorang mungkin ingin menjadi penyanyi terkenal, tetapi jika orang tersebut sebelumnya tidak mempunyai pelatihan musik ataupun bakat di bidang musik, tujuan ini mungkin tidak dapat tercapai. Tujuan “harus ditetapkan pada suatu tingkatan yang Anda mampu dan bersedia untuk mencapainya. Secara umum, motivasi Anda akan meningkat saat Anda menetapkan tujuan Anda lebih tinggi. Namun, bila tujuan itu terlalu tinggi bahkan Anda sendiri tidak percaya mampu mencapainya, Anda mungkin tidak akan pernah memulai mencapainya.”
4. *Tujuan harus realistik*. Hampir mendekati dengan sifat yang dapat dicapai, tujuan haruslah realistis—mem-

pertimbangkan waktu yang tersedia, sumber daya, dan keterampilan. Contoh sebelumnya mengilustrasikan kasus ini dengan baik.

5. *Tujuan harus terjadwal.* Anda akan dengan mudah mencapai suatu tujuan bila dia mempunyai target waktu yang harus dipenuhi. Menentukan target waktu untuk pencapaian tujuan akan meningkatkan motivasi, komitmen, dan tindakan. Tujuan tanpa jadwal waktu dengan cepat akan menjadi mimpi di siang hari karena tekanan pekerjaan harian. Untuk setiap langkah di sepanjang jalan, Anda harus menetapkan secara realistis target waktu yang dapat, dan harus, disesuaikan bila keadaannya berubah.

Douglass dan Douglass lebih jauh menggambarkan tiga rekomendasi tambahan yang dapat membantu Anda mencapai tujuan Anda: *Tujuan harus kompatibel*—karena jika tidak, berusaha untuk mencapai satu tujuan mungkin menghambat Anda mencapai tujuan lainnya; *tujuan itu haruslah milik Anda sendiri*—bila tidak, motivasi Anda untuk mencapainya akan banyak berkurang—Anda harus memiliki sendiri paling tidak *sebagian* dari tujuan tersebut jika tujuan itu bukan sepenuhnya milik Anda; *tujuan harus tertulis*—menuliskan tujuan membantu Anda membuat tujuan lebih jelas dan membuatnya lebih nyata—komitmen kita terhadap tujuan akan membaik jika tujuan tersebut ditulis dan ditempatkan pada lokasi yang tulisan tersebut dapat sering terlihat.

Ketika Anda mempunyai banyak tujuan, beberapa orang merasa lebih mudah untuk tetap fokus pada tujuan tersebut jika mereka mengategorikan tujuan-tujuan tersebut sebagai tujuan pribadi versus profesional dan jangka pendek versus jangka panjang. Bagaimanapun juga sangat penting untuk selalu meletakkan tujuan Anda di suatu tempat, mungkin di beberapa tempat, sehingga Anda akan sering melihatnya. Semakin sering Anda diingatkan pada tujuan Anda, semakin mudah Anda terus bekerja ke arah tujuan tersebut. Morgenstern (2000, hlm. 71-71) meminta pembaca untuk mengklasifikasikan “gambaran besar” tujuan mereka ke dalam satu dari enam kategori; diri sendiri, keluarga, pekerjaan, hubungan (seperti pasangan suami istri dan teman), keuangan, dan masyarakat (seperti memberikan kontribusi dan keterlibatan). Beliau juga mengatakan bahwa akan lebih mudah untuk menetapkan kegiatan spesifik dan kemudian tugas harian yang membantu untuk mencapai tiap-tiap tujuan di tiap kategori. Sering kali beberapa tugas harian dapat digunakan untuk membantu mencapai lebih dari satu tujuan, seperti berolahraga bersama seorang teman baik.

Berkenaan dengan mencapai tujuan seseorang, Woodhull (1997, hlm. 221) mengarahkan penggunaan pendekatan Benjamin Franklin—jangan coba menyelesaikan semua tujuan Anda pada satu periode waktu yang sama, atau Anda akan

menjadi terbebani dan patah semangat. Sebaliknya, kerjakan satu atau dua tujuan di satu waktu. Franklin juga meyakini bahwa butuh 21 hari bagi satu perilaku baru untuk mengakar dan menjadi suatu kebiasaan rutin; beliau akan membawa sebuah kartu yang berisi tujuannya di dalam sakunya untuk paling tidak 21 hari agar terus-menerus mengingatkan beliau tentang tujuan tersebut.

Mulai Mengatur Diri (Menyortir Tugas, Membuat Daftar Induk, Prioritas dan Jadwal Tugas, serta Menggunakan Sistem)

Anda sekarang telah sampai pada bagian pokok manajemen waktu—*mulai mengatur*. Mengatur hidup Anda dan terus menjaganya seperti itu adalah benar-benar cara terbaik untuk menghemat waktu dan merasa tenang tentang bagaimana Anda menggunakan waktu Anda. Ada beberapa langkah yang digunakan banyak penulis untuk membawa pembacanya saat membantu mereka mengatur hidup mereka. Pertama, Anda harus menyortir apa yang sudah Anda miliki. Ini merujuk pada benda nyata seperti barang yang dimiliki, dokumen tertulis, pesan elektronik, tagihan rekening, dan tugas yang perlu diselesaikan. Ada banyak tulisan dan sumber daya untuk membantu orang mengatur barang yang mereka miliki. Seseorang hanya perlu berpikir tentang *closet-organizing company* (perusahaan pengatur tempat penyimpanan) dan tempat-tempat “penyimpanan.” Pembicaraan selengkapnya mengenai hal tersebut berada di luar lingkup bab ini. Namun, bagian ini akan memberikan Anda beberapa saran tentang pengaturan beberapa bagian lain dari hidup Anda yang lebih susah; tugas tulis, surat elektronik, dokumen komputer, dan tugas yang ada sebelumnya.

Menyortir Tugas

Anda mungkin pernah mendengar pernyataan, “*Handle each piece of paper once*” (Peganglah tiap lembar kertas satu kali). Pernyataan tersebut merupakan aturan yang sangat baik bagi kita semua yang secara harfiah artinya adalah setiap kali kita mendapatkan sepucuk surat baru, sebuah tugas yang dikembalikan, atau sebuah memo tentang sesuatu, kita perlu memutuskan bagaimana kita akan menggunakan lembaran kertas itu dan melakukan sesuatu terhadapnya—mengarsipkannya, mendaur ulang, atau membacanya nanti. Artinya kita perlu membuat suatu sistem pengarsipan yang sesuai untuk kita. Tidak buruk juga bila kita memiliki tumpukan dokumen “dibaca nanti” selama Anda memastikan bahwa Anda *menjadwalkan waktu* di kalender Anda supaya benar-benar membaca dokumen itu. Mungkin ini merupakan tugas yang dapat Anda kerjakan seminggu sekali. Ide yang sama dapat diterapkan pada pesan surat elektronik dan dokumen komputer. Sebagian besar dari kita mempunyai sistem pengarsipan komputer yang diatur

dalam *hard drive* komputer yang memungkinkan kita untuk mengarsip dokumen komputer. Sama seperti menangani kertas, saat Anda menerima pesan surat elektronik atau dokumen komputer yang baru, Anda perlu menentukan apakah Anda akan mengarsipkannya, menghapusnya, atau membacanya nanti. Sebagian besar program surat elektronik memungkinkan penggunanya untuk membuat file yang dapat menyimpan pesan surat elektronik di suatu tempat selain di kotak masuknya. Seperti kertas, bagaimanapun juga, surat elektronik dan file komputer memakan ruang pada *server* dan/atau *hard drive* yang mempunyai kapasitas terbatas. Kertas dan file komputer, keduanya sangat penting untuk diperiksa secara periodik, katakanlah satu tahun sekali atau dua kali, untuk membersihkannya dan memastikan bahwa Anda tidak kehabisan ruang penyimpanan.

Membuat Daftar Induk

Mengatur dan memprioritaskan tugas Anda sering kali lebih sukar daripada mengatur kertas dan surat elektronik. Banyak penulis menganjurkan membuat daftar induk semua tugas yang perlu Anda lakukan dan kemudian membuat prioritas dan jadwal. Anda dapat membuat daftar induk Anda di komputer, menulis di kertas, di dalam *planner* (perencana) Anda (pilihan *planner* yang berbeda-beda akan didiskusikan nanti), atau di tempat lain selama Anda dapat sering merujuknya dan tidak mungkin salah meletakkannya. Beberapa orang mempunyai lebih dari satu daftar induk, seperti “daftar di tempat kerja” dan “daftar di rumah”. Sistem apapun yang paling sesuai untuk Anda, ide utamanya adalah untuk mendokumentasikan *semua* tugas yang perlu Anda selesaikan pada satu waktu atau pada lain kesempatan. Termasuk juga semua tugas baru yang mungkin datang pada Anda setelah meninjau surat, surat elektronik, panggilan telepon, dan suatu perbincangan Anda. Pastikan bahwa Anda menyimpan daftar Anda di tempat yang mudah dijangkau sehingga Anda dapat menambahkan pada daftar tersebut bila perlu, begitu juga mencoret tugas yang sudah Anda selesaikan.

Membuat Prioritas Tugas

Pembuatan daftar induk Anda tidak terlalu sukar selama Anda ingat untuk mendokumentasikan semuanya. Tugas yang lebih sukar adalah menentukan bagaimana memulai sejumlah besar tugas yang ada dalam daftar Anda. Di mana Anda akan memulai? Kadang-kadang dapat menjadi beban pikiran yang berat jika tugas Anda beragam dan semuanya terlihat sangat penting. Untungnya, para ahli di bidang ini telah menolong kita menentukan bagaimana cara terbaik membuat prioritas tugas dan juga tanggung jawab sehingga kita dapat menjadi sangat efektif dan puas. Tiga pendekatan umum yang membantu Anda membuat prioritas tugas adalah (1) pendekatan pencapaian-tujuan, (2) pendekatan tenggat

waktu, dan (3) pendekatan konsekuensi. Menggunakan kombinasi dari ketiga pendekatan tersebut akan membantu Anda membuat prioritas tugas dalam hidup Anda secara efektif.

Secara singkat, pendekatan pencapaian-tujuan menyarankan untuk memprioritaskan tugas yang Anda tahu akan langsung membantu mencapai tujuan terpenting Anda. Contohnya, jika salah satu dari tujuan Anda adalah untuk mencapai indeks prestasi kumulatif 3,5 atau lebih tinggi, tugas belajar selama 4 jam sehari harus menjadi yang tertinggi dalam daftar prioritas Anda. Sebagai contoh lain, jika Anda sedang mencari posisi magang tertentu, lalu menyelesaikan laporan dan tugas lainnya yang diperlukan agar Anda dipekerjakan haruslah menjadi posisi yang teratas dalam daftar prioritas Anda. Pendekatan tenggat waktu relatif dapat dijelaskan sendiri—kapan tugas Anda harus selesai? Sering kali orang lain memberikan tenggat waktu untuk suatu tugas, contohnya, penugasan, ujian, dan ulang tahun. Penggunaan pendekatan tenggat waktu akan mudah bila tenggat waktu telah ditetapkan oleh orang lain sepanjang Anda mengalokasikan cukup waktu untuk menyelesaikan tugas tersebut. Namun, pendekatan tenggat waktu tidak efektif, bila tugas tertentu tidak mempunyai tenggat waktu atau bila Anda harus menetapkan sendiri tenggat waktunya. Berolahraga rutin, contohnya, sangat mudah untuk ditunda karena berolahraga tidak memerlukan tenggat waktu. Pendekatan tenggat waktu juga tidak terlalu efektif dalam membantu Anda mencapai tujuan. Pendekatan konsekuensi agak berkaitan dengan pendekatan tenggat waktu dan sangat penting menanyakan pertanyaan ini, “Apa yang akan terjadi bila tugas ini tidak selesai atau tidak diselesaikan pada waktunya?” Semakin merugikan konsekuensi yang ditimbulkan, semakin tinggi prioritas tugasnya. Contohnya, jika rem mobil Anda rusak, benar-benar sangat penting untuk segera memperbaikinya, atau konsekuensi yang ditimbulkan sangat fatal. Di lain pihak, jika hukuman karena terlambat menyerahkan tugas hanyalah kehilangan 5 angka dari 100, menyelesaikan tugas tersebut tepat waktu memiliki prioritas yang lebih rendah daripada memperbaiki rem mobil yang rusak. Beberapa orang juga mempertimbangkan jumlah dan pentingnya orang-orang yang mungkin terkena dampak bila tugas atau proyek tidak diselesaikan atau diselesaikan tidak tepat waktu—semakin banyak jumlah orang atau semakin “penting” orang tersebut, semakin tinggi prioritas tugasnya.

Ada beberapa cara tambahan untuk membuat prioritas kegiatan dan tugas. Banyak dari mereka yang mirip dengan pendekatan tujuan, tenggat waktu, dan konsekuensi. Covey (1989, hlm. 150) mengatakan bahwa kegiatan dalam hidup kita dapat diklasifikasikan menjadi empat kuadran (lihat Tabel 13-1). Dua faktor yang menentukan kegiatan apapun adalah seberapa mendesak dan seberapa penting kegiatan tersebut.

Keadaan mendesak merujuk pada kegiatan yang membutuhkan perhatian segera, seperti telepon yang berdering. Kegiatan ini biasanya dapat terlihat, populer atau menyenangkan, mudah, dan “ada di depan mata kita.” Walaupun sering pula kegiatan ini mungkin saja kurang penting. Kegiatan ini dapat saja penting bagi orang lain tapi tidak bagi Anda. Kegiatan yang mendesak membutuhkan tindakan *reaktif*. *Kepentingan*, di lain pihak, membutuhkan tindakan *proaktif*. Contohnya menggosok gigi. Kegiatan ini mungkin tidak mendesak tetapi pasti penting, dan Anda harus memotivasi diri sendiri untuk menyelesaikan tugas ini secara rutin.

Covey menganjurkan penggunaan pendekatan kuadran-nya sebagai suatu cara untuk mengategorikan serta memprioritaskan tugas dan kegiatan. Lihatlah daftar induk Anda dan cobalah untuk mengklasifikasikan tiap tugas ke dalam kuadran I, II, III, atau IV. Berapa banyak tugas yang Anda punyai di tiap-tiap kuadran? Untuk mereka yang memiliki tugas sebagian besar di kuadran I, Covey menjelaskan kondisi itu adalah dikendalikan oleh masa krisis, pendekatan berorientasi pada permasalahan yang mengarah kepada stres dan *burnout*. Beliau mengatakan bahwa banyak orang yang merasa bahwa mereka berada di kuadran I, tetapi kenyataannya mereka berada di kuadran III, yang dapat mengarah pada fokus jangka pendek, perasaan kurangnya kendali, dan berlanjut ke pelaksanaan tugas dalam kondisi krisis. Mereka dapat merasa sepertinya sebagian besar tugas mereka mendesak dan penting, tetapi biasanya kesan ini berdasarkan prioritas dan harapan pihak lain. Di sinilah pendekatan konsekuensi dapat membantu—tanyalah diri Anda sendiri dan pihak lain apa tepatnya konsekuensi yang didapat bila tugas ini tidak diselesaikan atau tidak selesai tepat waktu. Cara itu akan membantu untuk menentukan bila kegiatan tertentu seharusnya berada di kuadran I atau di kuadran III. Orang yang memiliki sebagian tugas utamanya di kuadran III atau kuadran IV: “pada dasarnya mengarah kepada hidup yang tidak bertanggung jawab” dan sering dipecat dari pekerjaannya serta memiliki sikap bergantung pada orang lain untuk hal-hal yang mendasar (Covey, 1989, hlm. 153). Agar berada dalam kondisi yang optimal, Covey menyarankan bahwa sebaiknya sebagian besar tugas dan kegiatan kita berada di kuadran II—kegiatan seperti berolahraga, persiapan, dan tindakan pencegahan perawatan—semuanya ini sangat penting dalam membantu kita menjadi bahagia dan sehat, tetapi karena mereka sering tampak tidak mendesak, mereka sering tidak dilakukan. Meskipun demikian, akibat yang terjadi karena mengerjakan tugas kuadran II adalah suatu visi dan pandangan, keseimbangan, disiplin, dan pengendalian, serta sedikit krisis yang muncul (Covey, 1989, hlm. 154).

Bond (1996, hlm. 54) juga menyarankan proses kategorisasi “penting dan mendesak” dan menggambarkan kategori tersebut seperti berikut.

- *Penting dan mendesak (prioritas 1)*. Tugas ini adalah milik Anda sendiri dan harus direncanakan di dalam hari Anda. Mereka terdiri dari langkah-langkah yang paling penting untuk “menyelesaikan prioritas Anda” (contohnya, mencapai tujuan Anda, menghindari konsekuensi negatif). Mereka umumnya harus dikerjakan dengan baik dan segera.
- *Penting tidak mendesak (prioritas 2)*. Kepentingan lebih penting dari keadaan mendesak. Hal-hal yang penting adalah sesuatu yang hanya Anda yang bisa melakukannya atau yang dapat memajukan Anda ke arah tujuan hidup Anda.
- *Mendesak tidak penting (prioritas 3)*. Tugas prioritas 3 dan laporan dapat didelegasikan, jika memungkinkan, atau kerjakan di sela-sela waktu luang dan menjadi bagian dari rutinitas.
- *Tidak penting dan tidak mendesak (prioritas 4)*. Tugas prioritas 4 berada paling akhir, jika ada, diperhatikan dan dikerjakan di waktu luang atau bila semua tugas telah selesai.

Pendekatan lain untuk membuat prioritas adalah menerapkan *prinsip pareto*. Umumnya dikenal dengan “aturan 80/20,” prinsip ini pertama kali didiskusikan oleh ahli ekonomi Italia Vilfredo Pareto pada abad sembilan belas ketika mempelajari distribusi kekayaan di sejumlah negara. Beliau mengamati bahwa 80 persen kekayaan di sejumlah negara dikendalikan oleh sekelompok kecil tertentu—sekitar 20 persen orang. Prinsip ini menyarankan bahwa kita harus fokus kepada sebagian kecil tugas yang memberikan hasil yang paling signifikan (Petersen dan Halstead, 1983). Ketika diterapkan pada skema prioritas “penting dan mendesak”, 20 persen dari sebagian besar kegiatan yang paling bermanfaat terletak pada kuadran II atau prioritas 2, dan pada kegiatan inilah kita harus lebih memfokuskan sebagian besar usaha kita (Douglass dan Douglass, 1993, hlm. 28-29).

Serupa dengan pendekatan ini adalah pendekatan “batu besar.” Anda mungkin telah mendengar cerita dari pembicara di seminar manajemen waktu yang tampil di depan mahasiswa kuliah bisnis pada suatu waktu. Pembicara tersebut memiliki wadah kaca yang besar dan mengisinya dengan batu-batu besar. Dia bertanya kepada mahasiswa di kelas tersebut apakah wadah itu telah penuh.

“ya,” jawab para mahasiswa.

Dia kemudian mengambil sekantong batu kerikil dan memasukkannya ke dalam wadah tadi dan mengguncangnya pelan—batu kerikil memenuhi celah antar batu besar di dalam wadah. “Apakah wadah ini sudah penuh?” tanyanya lagi.

“Mungkin belum,” jawab salah seorang mahasiswa.

“Bagus!” pembicara tersebut menjawab. Kemudian ia

menambahkan sekantong pasir ke dalam wadah tersebut, yang memenuhi semua ruang kosong yang ada di antara batu-batu tersebut. "Sekarang bagaimana?" dia bertanya kepada mahasiswa.

"Belum!" semua mahasiswa menjawab dengan tegas.

Kemudian pembicara tersebut membawa satu teko penuh air dan kemudian menuangkan seluruhnya ke dalam wadah tadi tanpa menyebabkannya tergenang. "Apa inti dari ilustrasi ini?" ia bertanya.

Salah seorang mahasiswa menjawab, "Intinya adalah, tidak peduli seberapa penuh jadwal Anda, jika Anda benar-benar berusaha keras, Anda akan selalu dapat memasukkan sesuatu lagi ke dalamnya!"

"Bukan," jawab pembicara tersebut, "itu bukan intinya. Kebenaran yang diajarkan oleh ilustrasi ini adalah: Jika Anda tidak menempatkan batu besar terlebih dahulu, Anda tidak akan pernah bisa memasukkan semuanya." Ia melanjutkan menjelaskan bahwa batu besar di dalam hidup kita adalah waktu yang kita habiskan bersama keluarga dan teman, mengurus diri sendiri, keyakinan kita, dan waktu yang kita gunakan untuk sesuatu hal yang berharga. Pasir dan air adalah "pengisi" dalam hidup kita, dan meskipun beberapa sangat penting, bila kita pertama kali mengisi wadah dengan kegiatan-kegiatan ini, kita tidak akan punya tempat tersisa untuk batu besar.

Terakhir, Anda mungkin sudah mengamati bahwa beberapa pendekatan yang telah dibicarakan ini mewakili tugas tertentu. Begitu Anda meninjau ulang daftar induk Anda, khususnya tugas yang memiliki prioritas dan kepentingan yang rendah, tanyakan pada diri Anda sendiri apakah ada dari tugas-tugas tersebut yang dapat diselesaikan oleh orang lain atau apakah orang lain dapat membantu Anda melakukannya? Bukankah akan menjadi lebih baik mendapatkan bantuan dari orang seperti, teman sekamar, teman, anggota keluarga, atau orang lain untuk menyelesaikan suatu tugas? Ini merupakan pertanyaan yang paling penting untuk ditanyakan sehingga Anda dapat menghindari terbenam ke dalam kegiatan-kegiatan yang mengganggu tugas prioritas dengan lebih tinggi milik Anda. Seorang mahasiswa farmasi yang aktif dalam keorganisasian mahasiswa menggambarkan pendelegasian seperti ini: "Anda harus bertanya kepada diri Anda jika saja ada kegiatan yang cocok bagi Anda secara pribadi atau peran Anda sebagai anggota suatu organisasi. Anda harus bertanya, 'Apakah ini hal yang perlu saya lakukan? Apakah ini yang akan dilakukan oleh presiden sebuah perusahaan, atau orang lain yang akan mendapatkan keuntungan dari kejadian ini?' Anda

mendelegasikannya tergantung dari jawaban yang diberikan. Ini akan membebaskan jadwal Anda dan memberikan kesempatan bagi orang lain untuk melakukan tanggung jawabnya" (Dance, 1991, hlm. 12).

Tugas Terjadwal

Tugas terjadwal bukannya tidak memiliki serangkaian tantangan tersendiri karena sering kali sukar untuk mengetahui berapa banyak waktu yang akan dibutuhkan suatu tugas tertentu—khususnya jika ini adalah sebuah tugas yang belum pernah Anda lakukan. Cara yang paling baik adalah menggunakan pendekatan konservatif dan memberikan Anda *lebih banyak* waktu daripada yang Anda kira Anda butuhkan untuk menyelesaikan suatu tugas. Selalu lebih baik sedikit berjanji dan memberi lebih (misalnya, memberitahukan pada atasan kita bahwa Anda akan menyelesaikan proyek satu hari lebih lambat dari perkiraan Anda untuk bisa menyelesaikannya dan kemudian membuat proyek itu selesai lebih awal *atau* mengatakan pada pasien bahwa resepnya akan siap dalam waktu 15 menit sementara Anda positif bisa menyelesaikannya dalam waktu hanya 5 sampai 10 menit) daripada berjanji lebih dan memberi sedikit. Yakinkan diri Anda akan fenomena bahwa "segala sesuatu selalu memakan waktu lebih lama daripada yang saya pikirkan bisa dilakukan" untuk mengantisipasi gangguan-gangguan yang tidak diharapkan dan kejadian-kejadian di luar jadwal lainnya. Kemudian, ketika Anda menyelesaikan tugas Anda lebih awal, Anda akan memberi diri Anda imbalan berupa istirahat atau kegiatan menyenangkan lainnya yang belum Anda jadwalkan sebelumnya.

Morgenstern (2000, hlm. 143-149) menyarankan untuk mengatur waktu diri Anda sendiri dan kemudian menggunakan pendekatan matematis untuk mengestimasi berapa banyak waktu yang dibutuhkan untuk suatu tugas. Untuk kegiatan berbeda yang Anda kerjakan pada waktu yang sudah ditentukan, tanyakan diri Anda sendiri berapa lama Anda pikir Anda bisa menyelesaikannya, dan kemudian simpan catatan waktu berapa lama sebenarnya tugas tersebut bisa diselesaikan. Semakin sering Anda melakukan hal ini, semakin baik Anda bisa mengestimasi secara tepat jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu tugas. Morgenstern menceritakan kisah tentang saudara laki-lakinya yang memiliki waktu 10 minggu untuk mempelajari ujian sidang kedokteran. Berdasarkan pengalaman saudaranya sebagai mahasiswa kedokteran, ia tahu bahwa ia bisa belajar secara efektif 10 halaman materi ujian per hari. Dia mem-

punya 420 halaman untuk dipelajari, ia menghitung bahwa ia perlu 7 minggu untuk menyelesaikan materi pertama kalinya jika ia belajar 6 hari per minggu. Sehingga tersisa 3 minggu untuk mengulang beberapa materi yang merupakan titik lemahnya dan juga sebagai cadangan jika untuk suatu alasan ia tidak dapat belajar 6 hari per minggu selama 7 minggu berturut-turut. Jadwal ini memudahkannya dan membantunya untuk mengurangi ketegangan menghadapi ujian.

Sangat penting juga untuk memecah tugas yang lebih besar menjadi tugas-tugas yang lebih kecil dengan tenggat waktu tersendiri. Jika Anda mengerjakan tugas penelitian tertulis untuk satu mata kuliah pada suatu semester yang panjang, contohnya, Anda akan mengerjakannya dengan lebih baik dan menghindarkan Anda dari banyak perasaan stres jika Anda menetapkan beberapa tenggat waktu bagi diri Anda untuk bisa menyelesaikan tugas tulis tersebut:

Bulan ke-1: Menyelesaikan pencarian dan membaca literatur tentang topik yang diberikan; membuat draft kerangka tugas tertulis.

Bulan ke-2: Menyelesaikan draft kasar tugas tertulis; menyerahkannya pada pembimbing secara sukarela untuk mendapatkan umpan balik.

Bulan ke-3: Memperbaiki draft pertama berdasarkan umpan balik pembimbing; menyerahkan karya tulis akhir.

Memecah tugas yang besar juga membuatnya terlihat kurang menakutkan dan kurang membebani. Pengaturan tenggat waktu antara dan taat pada tenggat waktu tersebut membantu Anda untuk tidak menunda-nunda suatu pekerjaan.

Terakhir, sangat penting untuk menjadwalkan *semua* tugas, jika tidak di atas kertas paling tidak dalam pikiran Anda; bila tidak mereka tidak akan bisa diselesaikan. Beberapa dokter membuat perjanjian mingguan dengan *diri mereka sendiri* untuk memastikan bahwa mereka dapat menyelipkan beberapa waktu pribadi atau waktu tidak produktif tanpa disela oleh perjanjian lain. Ini bukan berarti bahwa Anda harus terlalu kaku sehingga Anda harus memasukkan semua kegiatan di dalam hidup Anda ke dalam sebuah dokumen induk, tetapi paling tidak mengalokasikan waktu untuk kegiatan di kuadran II sangat vital untuk menjamin bahwa kegiatan tersebut diselesaikan (contohnya, waktu bersama keluarga, berolah raga, dan waktu pribadi). Sangat penting untuk meninjau ulang jadwal Anda dan daftar induk beberapa kali dalam seminggu untuk memastikan bahwa Anda siap untuk tugas yang akan datang. Beberapa penulis menganjurkan melakukan hal ini setiap malam sebelum tidur.

Menggunakan Suatu Sistem

Anda mempunyai tugas di dalam daftar induk yang sudah dibuat urutan prioritas dan dijadwalkan—tetapi bagaimana

Anda akan menyimpan catatan perjalanan waktu kesemuanya ini? Banyak orang yang menyadari bahwa semakin sibuk mereka dan semakin banyak tugas yang perlu mereka selesaikan, semakin mereka bergantung pada sesuatu semacam sistem perencanaan agar tetap bisa teratur. Tersedia beragam sistem perencanaan harian, mingguan, bulanan, dan tahunan yang sangat luas. Walaupun diskusi secara komprehensif tentang sistem seperti ini berada di luar lingkup bab, beberapa pendekatan yang dijelaskan berikut ini mungkin dapat berguna bagi Anda.

- *Kalender kertas.* Banyak orang menggunakan kalender portabel sederhana yang membuat mereka dapat mendokumentasikan jadwal tugas seperti daftar induk atau *to-do list* (daftar yang harus dikerjakan). Jika sistem ini tampak menarik minat Anda, pastikan bahwa ruang di kalender Anda cukup besar sehingga Anda dapat dengan mudah menuliskan semua tugas dan janji Anda. Anda juga perlu memastikan bahwa daftar induk Anda dapat dilekatkan dengan mudah pada kalender tersebut sehingga Anda dapat menuliskan dengan jelas semua tugas dan janji Anda. Sistem kalender yang diberi tulisan ini mempunyai keuntungan, yaitu memungkinkan Anda dengan mudah meninjau ulang tugas harian begitu juga dengan tugas yang akan datang di minggu atau bulan berikutnya.
- *Sistem perencanaan/pengatur berbasis kertas.* Anda mungkin pernah mendengar sistem perencanaan Franklin-Covey atau sistem *Day Runner* atau pernah melihatnya di toko. Keduanya merupakan contoh sistem pengaturan berbasis kertas yang terkenal dan melampaui kalender tradisional. Kedua sistem ini membantu penggunaannya untuk membuat prioritas dan menjadwalkan tugas dan menyimpan kalender yang lengkap, daftar induk yang harus dikerjakan, dan buku alamat. Sistem ini memungkinkan pengguna untuk menyesuaikannya sehingga Anda hanya memasukkan jenis halaman yang paling sering Anda gunakan. Sistem ini dilengkapi dengan petunjuk tentang bagaimana cara terbaik menggunakan sistem ini untuk tujuan mendapatkan manfaat yang terbaik dari mereka.
- *Asisten digital pribadi (Personal digital assistant, PDA)* dan program komputer. Di era teknologi ini, lebih banyak lagi orang yang memilih sistem digital. Banyak mahasiswa farmasi yang sudah memiliki PDA karena mampu menyimpan banyak referensi tentang informasi obat dan juga menyimpan jadwal harian dan memeriksa surat elektronik. Sistem ini memiliki kemampuan untuk membunyikan alarm untuk mengingatkan Anda tentang pertemuan dan kegiatan yang akan datang. Keuntungan lainnya adalah bahwa mereka dapat di back-up ke dalam sistem komputer sehingga bila sistem tersebut rusak atau

hilang, Anda tidak sepenuhnya kehilangan semuanya. Bagaimanapun juga, salah satu kekurangan sistem ini adalah sulit untuk melihat lebih dari satu halaman dengan mudah. Daftar induk disimpan di tempat yang berbeda dari jadwal harian, dan jadwal mingguan mungkin tidak terperinci. Banyak program pengatur berbasis kertas sekarang tersedia sebagai program komputer. Hal ini sangat sesuai terutama untuk orang-orang yang bekerja dengan komputer hampir sepanjang waktu, tetapi jika Anda tidak dapat mengunduh informasi ke dalam sesuatu yang dapat Anda bawa-bawa, hal-hal seperti program tersebut mungkin tidak ada gunanya.

Morgenstern (2000, hlm. 109-134) mencurahkan seluruh bab dalam bukunya untuk “memilih perencana yang sesuai untuk Anda.” Dia menyebutkan bahwa banyak dari kita mungkin telah mencoba menggunakan sistem perencana tertentu tetapi kemudian meninggalkannya karena salah satu atau lebih dari tiga alasan berikut.

1. Anda tidak memilih perencana yang benar untuk Anda.
2. Anda tidak meluangkan waktu untuk menguasai fiturnya dan menyesuaikannya dengan kebutuhan Anda.
3. Anda tidak membuarinya sebagai satu-satunya tempat untuk mencatat janji dan hal-hal yang harus Anda kerjakan sehingga Anda tidak akan pernah dapat mengandalkannya.

Beliau menyarankan untuk pertama-tama menetapkan gaya dan pilihan Anda (merujuk bagian awal dari bab ini mengenai refleksi-diri dan analisis) dan kemudian mempertimbangkan apakah Anda lebih cenderung pada pilihan visual/taktil (contohnya kalender kertas dan buku janji) atau pilihan elektronik/digital (seperti program komputer dan PDA). Beliau juga mengingatkan bahwa tidak ada sistem yang sempurna. Apapun pilihan Anda, Morgenstern merekomendasikan bahwa Anda harus melakukan penyesuaian, gunakanlah semaksimal mungkin, dan terimalah segala kekurangannya.

Bertindak

Anda sudah siap! Di kertas atau di komputer Anda benar-benar telah teratur dan siap untuk segera bekerja keras. Untuk membantu Anda sukses menyelesaikan semua tugas yang telah diatur dengan baik, Douglass dan Douglass (1993, hlm. 22-23) merasa bahwa sangat penting untuk meninjau ulang beberapa kenyataan tentang sifat alami manusia dan bagaimana kita menghabiskan waktu secara normal—yang tidak semuanya buruk. Beberapa penitikberatan dari ke-21 poin dari daftar mereka adalah:

1. Kita melakukan apa yang kita sukai sebelum melakukan apa yang tidak kita sukai.
2. Kita menyelesaikan apa yang kita ketahui bagaimana cara melakukannya lebih cepat daripada menyelesaikan sesuatu yang kita tidak ketahui bagaimana melakukannya.
3. Kita melakukan kegiatan yang kita miliki sumber daya untuk melakukannya.
4. Kita melakukan sesuatu yang terjadwal sebelum melakukan yang tidak terjadwal.
5. Kita menanggapi permintaan dari pihak lain sebelum kita menanggapi permintaan dari kita sendiri.
6. Kita menunggu sampai tenggat waktu mendekat sebelum benar-benar mengerjakan suatu proyek.

Mewaspada beberapa pola di atas akan dapat lebih baik membantu Anda untuk mencegah hal-hal itu terjadi dan tetap berada pada jalur penyelesaian tugas Anda. Ingatlah selalu gambaran besar dalam pikiran Anda—pikirkan tujuan yang ingin Anda raih dan bagaimana penyelesaian suatu tugas akan membantu Anda untuk melakukannya. Slogan yang bagus untuk orang yang sedang menjalani diet dan mempunyai masalah dengan disiplin diri adalah “Tidak ada yang terasa lebih enak daripada perasaan menjadi kurus.” Motivasi diri sendiri yang terus menerus sangat penting ketika Anda mencoba mengubah perilaku Anda.

Morgenstern (2000, hlm. 195) mengatakan, “Rencanakan pekerjaan Anda, dan kemudian kerjakan rencana Anda.” Beliau merekomendasikan tiga tindakan untuk membantu Anda tetap fokus dan disiplin sehingga Anda dapat mengatasi kebiasaan buruk dan mendapatkan lebih banyak lagi setiap harinya (hlm. 196):

1. Minimalkan gangguan (contohnya, kegiatan-kegiatan tidak terduga) dan dampak yang ditimbulkannya.
2. Kalahkan sikap penundaan dan kebiasaan terlambat.
3. Atasi perfeksionisme (keinginan untuk melakukan segala sesuatu dengan sempurna).

Dia melanjutkan dengan memberikan saran yang sangat membantu tentang bagaimana melakukan semua hal tersebut di atas karena terdengar lebih mudah daripada yang sebenarnya (hlm. 196-210). Pada akhirnya, jika Anda mampu “mengepak” kegiatan Anda, Anda akan mampu menyelesaikan apa yang harus dikerjakan dan melewati hari dengan “perasaan bersemangat, optimis, dan puas” (hlm. 195).

Nasihat Umum dari Para Ahli

Meskipun banyak bagian dari bab ini berisi petunjuk yang membantu memperbaiki keterampilan manajemen waktu, Anda mungkin melewatkan beberapa petunjuk tersebut, dan

oleh karena itu sangat berguna sekali bila kita mengulasnya kembali:

- Uruslah diri Anda sendiri. Sangat sukar menjadi produktif dan sukses jika Anda hidup dengan makan makanan tidak sehat (*Junk food*), tidur kurang dari 7 jam setiap malam, atau hanya berolahraga dengan cara berjalan dari lemari pendingin ke sofa.
- Sebagian besar orang bekerja dengan baik di pagi hari, oleh karena itu tangani proyek yang sukar pada waktu itu.
- Jadwalkan rapat dan kurangi kegiatan yang padat di sore hari.
- Periksa surat elektronik dan pesan telepon Anda hanya dua kali sehari, sekali di pagi hari dan sekali di sore atau malam hari.
- Kelompokkan tugas dan kegiatan bersamaan bila memungkinkan. Contohnya, jika Anda ada jadwal kuliah atau rapat di gedung A, tugas atau kegiatan lain apa yang dapat Anda selesaikan di gedung A atau gedung lain yang berdekatan sebelum Anda melanjutkan perjalanan ke Gedung Z?
- Jumlah tidak sama dengan kualitas.
- Sibuk tidak berarti produktif.
- Bekerja keras tidak sama dengan bekerja lebih pintar.
- Berilah penghargaan untuk diri Anda sendiri. Hal ini akan membuat Anda ingin menargetkan sesuatu dan mencari cara meraihnya. Di samping itu, selalu bekerja tanpa bermain membuat kita menjadi orang yang paling membosankan!

Douglass dan Douglass (1993, hlm. 184-186) menawarkan 39 nasihat menjadi "seorang ahli waktu yang hebat." Mereka bahkan membuat sebuah poster yang memuat nasihat ini yang diberikan gratis kepada siapa pun yang menghubungi salah seorang penulis tersebut (informasi kontak tersedia di buku mereka). Mereka menggambarkannya sebagai "Suatu cara yang sangat luar biasa untuk terus mengingatkan Anda agar mengembangkan kebiasaan manajemen waktu yang baik" (hlm. 186).

Meninjau ulang/Memperbaiki/Modifikasi

Sekarang setelah Anda mengerjakan rencana Anda sekuat tenaga, sangatlah penting untuk Anda meninjau ulang langkah-langkah yang Anda jalani secara berkala untuk mengetahui apakah sistem Anda bekerja dengan baik. Apakah Anda menyelesaikan tugas dan tujuan Anda secara memuaskan? Apakah Anda merasa perasaan stres Anda berkurang? Apakah Anda lebih jarang menunda-nunda pekerjaan? Apakah pilihan atau tipe Anda juga mengalami perubahan? Apakah Anda ingin mencoba sistem pengaturan yang baru?

Apakah tujuan atau prioritas Anda berubah? Perubahan besar apa yang terjadi pada hidup Anda sehingga memodifikasi tujuan dan prioritas Anda? Ketika Anda bertanya pada diri Anda tentang pertanyaan-pertanyaan ini, terutama tiga pertanyaan pertama, ingatlah untuk memberi Anda sedikit waktu meregangkan diri. Perubahan nyata membutuhkan waktu, dan kebiasaan lama sangat sukar dihilangkan. Tidak mengapa jika Anda tidak mengikuti rencana Anda dengan sempurna. Rayakanlah kesuksesan Anda, belajarliah dari kegagalan Anda, dan tetaplah berjuang untuk perbaikan.

Bond membuat 43 butir pertanyaan yang membantu kita dalam meninjau ulang tujuan dan prioritas kita untuk melihat apakah telah terjadi perubahan (Bond, 1996, hlm. 89-92). Pertanyaan tersebut termasuk

- Apakah Anda merasa yakin terhadap prioritas (tujuan) Anda seperti saat Anda pertama kali menetapkananya?
- Apakah Anda memberi penghargaan bagi diri Anda sendiri atas kesuksesan harian atau mingguan?
- Apakah Anda patuh terhadap tenggat waktu prioritas (tujuan) Anda?
- Apakah Anda terlalu menyempitkan diri Anda dan kehabisan waktu?
- Apakah Anda meninjau ulang kegiatan Anda untuk menentukan mana yang bisa dipersingkat, diatur ulang, atau dihilangkan?
- Faktor apa yang paling penting dalam kesuksesan Anda?

Menganalisis jawaban Anda atas pertanyaan-pertanyaan tadi, bersama-sama dengan yang faktor yang berkontribusi atau menjauhkan Anda dari kesuksesan, adalah suatu proses penting yang membantu Anda dalam membuat penyesuaian dan perbaikan. Sepanjang Anda membuat kemajuan ke arah tujuan Anda, *itulah* hal yang terpenting. Ingatlah, dengan perlahan dan stabil, Anda akan memenangkan perlombaan. Akan membantu juga untuk mengingat sesering mungkin bahwa kita tidak akan pernah benar-benar mengendalikan keseluruhan waktu kita. Douglass dan Douglass (1993, hlm. 147) mengingatkan kita untuk mengingat Doa Kedamaian:

Tuhan, berikan aku kedamaian untuk menerima segala yang aku tidak dapat ubah
Keberanian untuk mengubah hal yang aku bisa ubah
Dan hikmat untuk mengetahui perbedaannya.

■ MANAJEMEN WAKTU PADA PRAKTIK KEFARMASIAN

Lalu bagaimana semua informasi tentang manajemen waktu pribadi ini berhubungan dengan praktik kefarmasian? Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, tidak mungkin

orang yang sama sekali tidak teratur di rumah akan menjadi sangat teratur di lingkungan pekerjaannya, dan begitu pula sebaliknya. Bagaimanapun juga, tentunya keterampilan manajemen waktu dalam praktiknya bergantung pada tipe pekerjaan yang Anda miliki. Jika Anda memiliki posisi yang lebih mengarah pada pekerjaan administrasi, berdasarkan proyek, atau berdasarkan janji, Anda akan lebih dapat mengendalikan penggunaan waktu Anda, dan Anda akan lebih baik menggunakan banyak keterampilan seperti yang dijelaskan dalam bab ini. Contohnya, White (1996) menuliskan sebuah artikel menarik yang menggambarkan bagaimana manajer apotek dapat lebih baik mengontrol waktu mereka. Dia memperbaharui artikel ini pada tahun 2007 dan menawarkan beberapa strategi yang mampu digunakan setiap farmasis untuk memperbaiki efisiensi kerja mereka (Tabel 13-3) (White, 2007). Di sebagian besar lingkungan apotek, bagaimanapun juga, kita tidak perlu menentukan bagaimana kita menghabiskan waktu kita—sifat dari pekerjaan yang melibatkan respons terhadap permintaan pesanan obat dan pertanyaan dari pasien, penyedia perawatan kesehatan, dan lainnya. Jarang membuat kita memiliki rencana yang muluk terhadap kegiatan kerja harian kita.

Manajemen waktu dalam praktik berdasarkan pada dua pokok persoalan: seberapa teraturkah Anda sebagai pribadi di tempat kerja (misalnya, Dapatkah Anda bekerja dengan baik di lingkungan yang acak-acakan dan kacau, atau Anda harus bekerja dengan cara terstruktur dan sistematis?) dan seperti apakah alur kerja lingkungan Anda. Sebagian besar dari kita mempunyai kendali yang sama terhadap persoalan pokok yang pertama tapi tidak selalu untuk yang kedua. Namun jika Anda mempunyai beberapa pendapat, dalam kewajibanmu dan kewajiban orang lain serta bagaimana perkembangan alur kerja, ada banyak rekomendasi mengenai cara memperbaiki efisiensi dan keselamatan pasien. Diskusi

Strategi Umum untuk Bekerja Lebih Efisien

Tentukan harga waktu Anda
 Pahami tanggung jawab Anda
 Catat kegiatan Anda
 Rencanakan waktu yang produktif
 Hindari perilaku memboroskan waktu
 Buat pengingat
 Prioritaskan tujuan Anda
 Tentukan waktu untuk tugas Anda
 Kelola pesan elektronik
 Kelola hal-hal yang berantakan
 Kelola pencarian informasi
 Terapkan penghemat waktu lainnya, seperti formulir laporan rutin

Sumber: Digunakan seljin White, 2007.

lengkap dari kesemuanya ini berada di luar lingkup bab ini, tetapi sedikit rekomendasi khusus dibagikan di bawah ini.

Mark Jacobs, farmasis Shopko Pharmacy di Beloit, Wisconsin, memublikasikan pendapatnya mengenai meluangkan lebih banyak waktu untuk pasien di apotek dalam buku *101 Way to Improve Your Pharmacy Worklife* (seperti yang dicatat oleh Jacobs, 2002). Dia menyarankan enam tugas khusus untuk menangani volume panggilan telepon saat praktik yang dapat membantu memperbaiki kepuasan profesi Anda dan kemampuan untuk memberikan pelayanan pada pasien (beberapa diantaranya diterapkan secara khusus untuk pasien rawat jalan dan praktik komunitas):]

1. *Manfaatkan teknisi farmasi secara optimal.* Jika Anda bekerja dengan teknisi farmasi yang ahli, manfaatkan mereka secara penuh sesuai yang diperbolehkan oleh hukum. Satu contoh: jangan pernah menjawab telepon yang masuk sendiri kecuali yang berasal dari sambungan dokter. Jacobs menerangkan bahwa tidak ada satu pun tenaga profesi lainnya (seperti dokter, pengacara, dsb.) yang menjawab sendiri telepon untuk mereka.
2. *Jawab pertanyaan di telepon melalui teknisi farmasi Anda bila mungkin.* Hal ini tidak berarti Anda menghindari untuk berbicara dengan pasien di telepon untuk alasan apapun, tapi dengan melatih teknisi farmasi Anda untuk menanyakan kepada penelpon pertanyaan “triage” (metode yang digunakan untuk memutuskan pasien mana yang lebih dahulu ditangani berdasarkan keparahan kasus) yang sesuai, Anda dapat menghindari panggilan pasien yang ingin berbicara dengan farmasisnya dan kemudian terus memberikan nomor reseponya untuk Anda layani lagi. Dokter paling sering menjawab telepon pasien melalui perawat mereka.
3. *Jika seorang pasien memaksa berbicara dengan farmasis,* jelaskan bahwa farmasis sedang sibuk dengan pasien lain saat ini. Jacobs menganjurkan agar teknisi farmasi mencatat nama dan nomor telepon pasien serta alasan pasien menelpon sehingga farmasis dapat bersiap untuk menelpon kembali, itu akan menghemat waktu.
4. *Cari tahu kapan dan di mana waktu yang terbaik untuk menelpon pasien kembali.* Jacobs menyatakan bahwa hal ini akan membantu membuat pasien menyadari bahwa Anda adalah tenaga kesehatan yang sibuk dan bahwa Anda mungkin tidak selalu ada bila dibutuhkan. Sebagai tambahan, jika mereka benar-benar membutuhkan bantuan saat ini, mereka mungkin bersedia untuk bertanya pada teknisi farmasi.
5. *Sudah percakapan dengan luwes setelah 2 menit* “dengan menjelaskan pada pasien bahwa Anda hanya punya waktu untuk satu pertanyaan lagi. Mereka akan mengajukan pertanyaan atau akan berterimakasih atas waktu Anda.”

6. Pastikan teknisi farmasi mencatat semua informasi untuk transfer resep (bergantung pada apakah hukum mengizinkan). Setidaknya, teknisi farmasi dapat mengambil data resep dari komputer atau mengambil salinan cetaknya sebelum menyerahkan telepon kepada farmasis.

Bagi beberapa pasien dan beberapa panggilan telepon, mungkin tidak sesuai untuk tetap mengikuti semua saran itu, tapi untuk banyak panggilan telepon yang terjadi, saran ini dapat membantu farmasis yang sibuk untuk menghemat waktu setiap harinya. Efisiensi lainnya yang banyak diterapkan oleh praktik kefarmasian termasuk beragam teknologi peracikan dan penggunaan robot, jalur telepon penjawab otomatis dan situs web, serta penyesuaian ulang terhadap deskripsi pekerjaan teknisi farmasi dan farmasis sehingga teknisi farmasi melakukan sebagian besar kewajiban teknis dan farmasis dapat berkonsentrasi dalam peninjauan dan pengawasan terapi pengobatan pasien, juga terlibat dalam edukasi pasien dan penyedia. Semua saran ini dapat diterapkan relatif mudah untuk memperbaiki pengelolaan waktu di apotek. Jeff Rochon, Pharm.D., Director of Pharmacy Care Service di Washington State Pharmacists Association, mengingatkan kita bahwa di atas semuanya, kita harus menyediakan waktu untuk berkomunikasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Rochon, 2003).

■ STRES SEBAGAI KONSEKUENSI UTAMA MANAJEMEN WAKTU YANG BURUK

Penelitian telah menunjukkan bahwa karakteristik individu berhubungan dengan stres pekerjaan termasuk juga keseimbangan antara pekerjaan dengan kehidupan pribadi, cara pandang seseorang tentang hidup, situasi kehidupan keluarga yang menyebabkan stres, dan beragam aspek kepribadian (Stres at Work, 1999). Pokok permasalahan keseimbangan, di segala aspek kehidupan seseorang, adalah yang paling utama dalam bab ini. Penggunaan strategi manajemen waktu yang efektif harus membantu mengurangi kemungkinan seseorang merasakan stres yang berlebihan.

Menariknya, ada laporan yang menunjukkan bahwa mahasiswa farmasi memiliki tingkat stres lebih tinggi sebagai seorang pelajar dibandingkan saat mereka berpraktik sebagai seorang farmasis (Ortmeier, Wolfgang, dan Martin, 1991; Wolfgang dan Ortmeier, 1993). Penelitian lainnya mengindikasikan bahwa stres di antara mahasiswa farmasi sebagian berhubungan dengan "beban belajar yang sangat berlebih" (Dutra, 2001). Strategi manajemen waktu yang efektif berkenaan dengan waktu belajar tentunya dapat membantu untuk mengurangi perasaan ini.

Konsekuensi Stres Pekerjaan bagi Farmasis

- Ketidakpuasan kerja
- Rendahnya komitmen seseorang terhadap organisasi
- Penurunan kerja (meninggalkan pekerjaan)
- Rendahnya komitmen karir di bidang farmasi
- Berpotensi penyalahgunaan bahan-bahan
- Burnout

Sumber: Digunakan seljin Gupchup dan Worley, 2005.

Penelitian terhadap konsekuensi stres pekerjaan farmasis dapat informatif bagi mahasiswa (Tabel 13-4). Sangat masuk akal untuk menyimpulkan bahwa apa yang dianggap "stres pekerjaan" bagi farmasis, bisa saja "stres sekolah" bagi mahasiswa atau kombinasi stres kerja dan stres sekolah. Oleh karena itu, jika mahasiswa merasa stres tentang sekolahnya dan mungkin kegiatan magangnya, mereka mungkin akan menderita konsekuensi yang serupa sebagai seorang farmasis: ketidakpuasan terhadap program Pharm.D atau kegiatan magangnya, rendahnya komitmen untuk menyelesaikan program studi seseorang atau bahkan karir di bidang farmasi, berhenti sekolah atau berhenti magang atau bahkan keduanya, dan berpotensi menyalahgunakan bahan-bahan dan mengalami *burnout*.

Untungnya, dukungan sosial rekan kerja, atau dukungan materi dan emosi yang diterima dari rekan kerja seseorang, telah menunjukkan mampu meredam dampak stres pekerjaan terhadap ketidakpuasan kerja (Wolfgang, 1994). Bagi mahasiswa, hal ini termasuk teman kerja dan teman sekelas. Diperkirakan bahwa sebagian besar mahasiswa farmasi mungkin memiliki jaringan pertemanan dalam kelas akademik yang mengalami stres yang sama (paling tidak berkaitan dengan program Pharm.D), sehingga muncullah peredam alami. Bagaimana cara seseorang mengatasi stres juga membuat suatu perbedaan; strategi penyelesaian berdasarkan permasalahan, ketika seseorang mencoba untuk menangani permasalahan segera, merupakan langkah yang paling efektif dalam mengurangi dampak stres pekerjaan terhadap ketidakpuasan kerja (Gupchup dan Worley Louis, 2005). Penerapan strategi manajemen waktu dapat menjadi sebuah contoh strategi penyelesaian berdasarkan permasalahan. Strategi penyelesaian berdasarkan keadaan emosi, seperti menjauhkan seseorang dari permasalahan atau mencoba untuk menghindari permasalahan, tidak berhasil (Gupchup dan Worley Louis, 2005). Strategi lain untuk memerangi stres termasuk meditasi dan relaksasi (seperti yoga dan pemijatan), umpan balik biologis, dan latihan fisik (Gupchup dan Worley Louis, 2005).

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Bab ini telah menampilkan banyak sekali saran dan pemikiran-pemikiran yang mungkin bisa Tom perhatikan sehingga ia dapat memperbaiki keterampilan manajemen waktunya. Walaupun Tom mungkin memiliki rutinitas, yang pasti ia tidak memiliki sistem. Dan yang terakhir, Tom harus menanyakan pada dirinya beberapa pertanyaan penting dan membuat beberapa tujuan dan prioritas. Dia juga dapat mempertimbangkan untuk menggunakan daftar induk dan menerapkan penggunaan teknologi seperti PDA untuk membantunya lebih fokus terhadap tugas yang ada saat ini. Tentunya kita tidak menginginkan melihat Tom kehilangan pekerjaannya atau harus mengundurkan diri dari sekolah farmasinya.

■ KESIMPULAN

Tujuan bab ini adalah meningkatkan kepedulian terhadap pentingnya manajemen waktu pribadi seseorang dan juga kehidupan profesinya. Pembaca harus membuat strategi nyata tentang bagaimana memperbaiki keterampilan mereka sehingga mereka dapat mencapai potensi mereka secara maksimal. Ingat, manajemen waktu bukanlah tentang mengelola waktu, tetapi lebih ke bagaimana mengelola diri Anda sendiri—dan kita semua mungkin dapat melakukan setidaknya beberapa perbaikan sehingga dapat menjadi lebih efektif di semua hal yang kita kerjakan.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Setelah menerapkan teknik yang dijelaskan pada bab ini, apakah Anda lebih mampu untuk mencapai tujuan Anda?
2. Apakah Anda menjadi lebih sehat? Mengapa demikian?
3. Apakah Anda menjadi lebih bahagia? Mengapa demikian?
4. Bagaimana Anda dapat membantu orang lain untuk belajar dan menerapkan keterampilan ini?
5. Bagaimana keterampilan ini dapat membantu Anda sebagai seorang praktisi?
6. Tipe teknik manajemen waktu yang seperti apa yang dapat Anda gunakan dalam praktik Anda untuk membantu memperbaiki proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan?
7. Sebagai tambahan dalam manajemen waktu, strategi apa yang akan Anda terapkan untuk mengurangi tingkat stres Anda?

REFERENSI

- Applebaum SH, Rohrs WF. 1981. *Time Management for Health Care Profesional*. Rockville, MD: Aspen Systems.
- Bond WJ. 1996. *Managing Your Priorities from Start to Success*. Chicago: Irwin Professional.
- Covey SR. 1989. *The Seven Habits of Highly Effective People: Restoring the Character Ethic*. New York: Simon & Schuster.
- Dance B. 1991. Managing time means managing yourself. *Pharmacy Student* 21:11.
- Douglass ME, Douglass DN. 1993. *Manage Your Time and Your Work Yourself: The Updated Edition*. New York: AMACOM.
- Drucker PF. 1954. *The Practice of Management*. New York: Harper & Row.
- Drucker PF. (1967). *The Effective Executive*. New York, NY: Harper and Row.
- Dutta AP. 2001. Measuring and understanding stres in pharmacy students. Published dissertation, Virginia Commonwealth University.
- English T. 2003. Yes, you can find the time: Experts present time management for dummies. *Pharmacy Student* 33:16.
- Ensman RG. 1991. Time test: How well do you manage time? *Consultant Pharmacist* 6:61.
- Gupchup GV, Worley-Louis MM. 2005. Understanding and managing stres among pharmacists. In Desselle S, Zgarrick D (eds), *Pharmacy Management*, hlm. 52-62. New York: McGraw-Hill.
- Jacobs M. 2002. Time management in the pharmacy: Efficient use of your time will leave more time for your patients. *Washington Pharm* Autumn:17.
- Morgenstern J. 2000. *Time Management from the Inside Out: The Foolproof System for Taking Control of Your Schedule—and Your Life*. New York: Holt.
- Ortmeier BG, Wolfgang AP, Martin BC. 1991. Career commitment, career plans, and perceived stress: A survey of pharmacy students. *Am J Pharm Ed* 55:138.
- Paul MJ. 2003. *It's Hard to Make a Difference When You Can't Find Your Keys: The Seven-Step Path to Becoming Truly Organized*. New York: Viking Books.
- Petersen DJ, Halstead EG. 1983. The ABC's of effective time management. *Top Hosp Pharm Manag* 3:47.
- Peterson CL. 1999. *Stres at Work: A Sociological Perspective*. Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Rochon J. 2003. Developing relationships is an essential aspect of your practice. *Washington Pharm* Summer:9.
- White SJ. 1996. High-touch human resource management: Finding the time. *Pharm Pract Manag* Q15:75.

- White SJ. 2007. Working efficiently. *Am J Health-Sys Pharm* 64:1587.
- Wick J. 1997. Time management tips. *Consultant Pharmacist* 12:1042.
- Wolfgang AP. 1994. Job stres and dissatisfaction: The role of coworker social support and powerlessness. *J Pharm Market Manag* 9:19.
- Wolfgang AP, Ortmeier BG. 1993. Career commitment, career plans, and job related stres: A follow-up study of pharmacy students as pharmacists. *Am J Pharm Ed* 57:25.
- Woodhull AV. 1997. *The New Time Manager*. Brookfield, VT: Gower.

KEPEMIMPINAN DI APOTEK

Virginia (Ginger) G. Scott

Tentang Penulis: Dr. Scott adalah Profesor dan Director of Continuing Education di Department of Pharmaceutical Systems and Policy di West Virginia University School of Pharmacy. Beliau memperoleh gelar B.S. di bidang farmasi dari Kentucky University, gelar M.S. di bidang administrasi farmasi dari Purdue University, dan Ph.D. di bidang farmasi sosial dan administratif dari Minnesota University. Minat mengajarnya meliputi edukasi kesehatan pasien, perbaikan luaran dan mutu, farmakoeкономи, dan luaran yang dilaporkan pasien. Minat penelitiannya meliputi layanan kesehatan dan penelitian luaran kesehatan, terutama luaran yang dilaporkan pasien dan efektivitas biaya dari layanan perawatan pasien dan terapi obat; penelitian pendidikan tentang pengembangan profesional berkelanjutan, dan penelitian hubungan antara pemrograman pendidikan dan penerapan layanan farmasi. Beliau telah terlibat secara aktif di organisasi profesional farmasi, telah menjabat berbagai posisi kepemimpinan baik di tingkat negara bagian maupun nasional sejak 1977, dan dipilih sebagai Academic Leadership Fellow pada 2004.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menyebutkan definisi kepemimpinan.
2. Mengetahui kualitas yang diperlukan untuk menjadi pemimpin yang efektif.
3. Membahas instrumen evaluatif yang digunakan untuk mengenali dan mengembangkan keterampilan kepemimpinan.
4. Membahas cara menggunakan kekuatan pribadi untuk memajukan organisasi.
5. Membahas pengembangan kepemimpinan orang lain.
6. Menjelaskan peran kepemimpinan dalam profesi dan masyarakat untuk mahasiswa dan farmasis.

■ SKENARIO

Jennifer Leader adalah seorang mahasiswi farmasi tahun keempat yang sedang terlibat dalam beberapa organisasi mahasiswa farmasi di fakultasnya. Akhir-akhir ini, dia dipilih oleh kelompoknya dan dimasukkan ke Phi Lambda Sigma, suatu organisasi kepemimpinan farmasis yang membantu mengembangkan dan memperkenalkan pemimpin-pemimpin mahasiswa farmasi. Tujuan jangka panjang Jennifer adalah menjadi direktur apotek atau manajer regional atau memiliki apotek sendiri. Tujuan lainnya adalah untuk aktif terlibat dalam organisasi farmasi lokal, negara bagian, dan nasional serta mendapatkan posisi kepemimpinan

di salah satu organisasi farmasi, baik di tingkat negara bagian atau nasional. Dari kelas kepemimpinan yang diikutinya di sekolah farmasi, Jennifer merasa bahwa ia telah mempunyai pemahaman yang luas tentang konsep-konsep kepemimpinan dan teori-teori kepemimpinan. Selama praktik kerjanya hingga kini, ia telah menghadapi beberapa pemimpin yang tidak menunjukkan gaya dan keahlian kepemimpinan yang pernah diajarkan di sekolah farmasi. Jadi, ia pikir bahwa ia membutuhkan pengembangan kepemimpinan tambahan untuk memperdalam pengetahuannya tentang kekuatan dan keahlian kepemimpinannya dan juga memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang bagaimana menginterpretasi gaya kepemimpinan orang lain.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana Anda mendefinisikan kepemimpinan? Apa yang bukan merupakan kepemimpinan?
2. Apakah instrumen evaluatif untuk menilai kemampuan keterampilan kepemimpinan seseorang?
3. Bagaimana Anda menggunakan kekuatan pribadi Anda untuk memajukan organisasi dan profesi Anda?
4. Kualitas apa yang diperlukan untuk kepemimpinan yang efektif?
5. Bagaimana Anda bisa mengembangkan karyawan Anda untuk menjadi pemimpin organisasi di masa depan?
6. Apa saja gaya kepemimpinan yang penting di apotek?
7. Jenis peran kepemimpinan apa yang bisa diperankan farmasis dan/atau mahasiswa farmasi?

■ KEPEMIMPINAN

Ciri kepemimpinan yang efektif adalah penting baik dari perspektif personal maupun organisasional, dan konsep kepemimpinan telah menggugah rasa ingin tahu orang selama berabad-abad. Kebanyakan kepustakaan yang ada terkait dengan pengertian kepemimpinan, kualitas dari pemimpin yang efektif, gaya kepemimpinan, teori kepemimpinan, pengembangan seorang pemimpin, dan dimensi kepemimpinan yang lain.

Bab ini disusun berdasarkan teori-teori kepemimpinan yang berhubungan dengan perilaku organisasional yang dibahas di Bab 8. Bab ini secara khusus akan membantu Anda untuk memperoleh suatu pemahaman yang lebih dalam tentang definisi dan konsep-konsep kepemimpinan, kualitas dari pemimpin yang efektif, teori dan gaya kepemimpinan, bagaimana cara menggunakan kekuatan pribadi Anda untuk meningkatkan kemampuan kepemimpinan Anda, mengembangkan kepemimpinan pada orang lain, instrumen evaluatif untuk membedakan gaya kepemimpinan pribadi Anda, serta peran kepemimpinan dalam profesi dan masyarakat bagi mahasiswa dan farmasis.

■ APAKAH KEPEMIMPINAN ITU?

Kepemimpinan telah dijelaskan dengan berbagai cara oleh banyak orang, tetapi tetap belum ada definisi yang bisa diterima secara universal. Carson Dye (2000) memastikan hal ini saat mengatakan, "Setelah bertahun-tahun berlalu ... tidak seorang pun mampu menjelaskan secara komprehensif dan absolut mengenai definisi dari kepemimpinan." Pada umumnya, definisi kepemimpinan mencakup dimensi-dimensi berikut. Kepemimpinan adalah keahlian yang melekat (Dye, 2000), keahlian yang dipelajari (Dye, 2000; Giuliani, 2002; Maxwell, 2003), mengadaptasi prinsip-prinsip sesuai keadaan (Patton, 1999), suatu proses yang fokus untuk membuat perubahan organisasional (Kotter, 1990), tidak mengendalikan orang (Autry, 2001), campuran antara sifat dan bakat yang bisa digunakan seseorang untuk berkembang menjadi seorang pemimpin (Lombardi, 2001), dan menarik komitmen sukarela dari pengikutnya untuk mencapai tujuan umum (Krieter dkk., 1997; Nanus, 1992; Tichy, 1997).

Meskipun terdapat banyak definisi kepemimpinan, Komvies, Lucas, dan McMahon (1998) mengajukan beberapa asumsi dasar tentang kepemimpinan yang digabungkan dengan definisi sebelumnya. Asumsi-asumsi tersebut menyatakan bahwa kepemimpinan merupakan perilaku yang dipelajari, bisa diajarkan, terjadi pada berbagai tingkat organisasi, tidak memerlukan kepribadian yang karismatik; merupakan proses yang bersifat relasi/hubungan; dipengaruhi oleh budaya, memerlukan pengikut, melibatkan perubahan yang bermaksud untuk memuaskan kebutuhan dan aspirasi kolektif, termasuk komponen-komponen efektivitas dan etika, serta berkembang sepanjang hidup.

Kepemimpinan adalah sebuah konsep yang penting bagi semua profesi pelayanan kesehatan. Penerimaan peran kepemimpinan oleh semua profesional kesehatan adalah penting bagi penemuan teknologi dan bentuk sediaan baru, perubahan dalam pemberian layanan kesehatan, peningkatan luaran dan kualitas hidup pasien, serta keberhasilan organisasi layanan kesehatan spesifik mereka. Peluang bagi farmasis untuk menjadi pemimpin dalam lingkungan praktik mereka, profesi farmasi, dan masyarakat sangatlah banyak. Kepemimpinan merupakan suatu komponen penting bagi perubahan positif dalam organisasi farmasi dan profesinya.

■ TEORI DAN GAYA KEPEMIMPINAN

Teori kepemimpinan membantu kita untuk memahami gaya kepemimpinan atasan langsung Anda dan jabatan lainnya. Dengan memahami teori kepemimpinan dan gaya kepemimpinan membuat kita bisa mengidentifikasi nilai-nilai dan visi pribadi yang menuntun tim manajemen organisasi. Hal ini juga menambah wawasan ke dalam harapan Anda sebagai seorang karyawan.

Teori kepemimpinan yang dibahas di Bab 8 adalah ciri, perilaku (yaitu, *autocratic*, *democratic*, dan *laissez-faire*), situasional dan berdasar kemungkinan, transaksional, dan transformasional. Kebanyakan teori-teori ini bersifat transaksional, namun kepemimpinan transformasional lebih sering digunakan untuk menerapkan inovasi dan perubahan dalam profesi dan pencapaian tujuan-tujuan organisasi (Bass, 1985). Seperti diuraikan pada Bab 8, teori dan gaya kepemimpinan lain yang sering digunakan dalam industri layanan kesehatan adalah kepemimpinan yang melayani (*servant leadership*) dan kepemimpinan-berdasar kekuatan (*strength based leadership*).

Kepemimpinan yang Melayani

Kepemimpinan yang melayani merupakan istilah yang diciptakan Robert Greenleaf pada tahun 1970, dan telah dipelajari serta dikembangkan oleh pengarang lain, seperti Covey (1998), Autry (2001), dan Martin (2002). Istilah ini berdasarkan filosofi bahwa keinginan pertama seseorang adalah untuk melayani. Selanjutnya, orang tersebut membuat keputusan yang disengaja untuk memimpin (Greenleaf, 2002). Para pengarang telah mendefinisikan banyak sifat yang penting dalam pengembangan pemimpin yang melayani. Larry Spears, Chief Executive Officer (CEO) Greenleaf Center, mengenalkan 10 prinsip kepemimpinan yang melayani berdasarkan tulisan asli Greenleaf. Sifat tersebut adalah mendengarkan, empati, menyembuhkan, persuasi, kesadaran, konseptualisasi, kemampuan melihat masa depan, pekerjaan pelayanan, komitmen terhadap pertumbuhan bawahan, dan membangun komunitas (Spears, 2003). Autry (2001) menyatakan bahwa pemimpin yang melayani memiliki hubungan yang lebih dalam dengan pekerjaan mereka, dan hubungan tersebut lebih penting dari pada kekuasaan dan uang. Dalam tulisannya, ia membahas beberapa sifat pemimpin yang melayani yang lainnya. Sifat-sifat tersebut adalah menjadi diri sendiri (yaitu, menjadi orang yang sama di setiap lingkungan), mudah menerima kritik (yaitu, untuk menyadari bahwa Anda tidak punya kendali total melainkan tergantung pada orang lain), menerima (yaitu, fokus pada ide yang disampaikan, bukan pada orangnya), hadir (yaitu, ada, terpusat, dan membumi), dan berguna (yaitu, peduli, bermanfaat, dan menciptakan tempat kerja yang berarti).

Kepemimpinan-Berbasis Kekuatan

Kepemimpinan-berbasis kekuatan berdasarkan pada teori psikologi positif. Teori ini secara tidak langsung menyatakan bahwa seseorang bisa menjadi pemimpin yang efektif bila mereka menyadari dan memahami bakat unik mereka dan memberdayakan kekuatan-kekuatan ini (Hendricks,

2001). Bakat, pengetahuan, dan keterampilan seseorang merupakan dasar untuk kepemimpinan-berbasis kekuatan. Bakat secara alamiah bersifat unik untuk setiap orang dan dapat dimaksimalkan dengan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan (Buckingham, 2005; Buckingham dan Clinton, 2001; Coffman dan Gonzales-Molins, 2002). Penelitian di bidang ini telah dilakukan oleh Gallup University menggunakan wawancara terhadap pemimpin-pemimpin besar dan instrumen evaluatif berbasis-Web untuk menentukan pentingnya menggunakan kepemimpinan-berbasis kekuatan di tempat kerja.

■ KEPEMIMPINAN YANG MEMBINGKAI ULANG (REFRAMING LEADERSHIP)

Bolman dan Deal (2003) menyajikan konsep lain tentang gaya kepemimpinan yang memasukkan penggunaan *kerangka* untuk memaksimalkan keberhasilan organisasi. Kerangka didefinisikan sebagai “jendela di dunia kepemimpinan dan manajemen. Kerangka yang baik membuatnya lebih mudah untuk mengetahui apa yang Anda hadapi dan apa yang dapat Anda lakukan terhadapnya.” Kedua-pengarang ini lebih jauh menyatakan bahwa “kerangka seperti peta; kerangka merupakan jendela di suatu wilayah dan alat untuk navigasi. Setiap alat mempunyai kekuatan dan batas yang berbeda. Alat yang benar membuat pekerjaan menjadi lebih mudah, tetapi alat yang salah hanya akan mempersulit pekerjaan itu (Bolman dan Deal, 2003). Kerangka ini merupakan bagian penting dari proses kepemimpinan dan diberi label *struktural*, *sumber daya manusia*, *politis*, dan *simbolis*. Sebagian besar pemimpin tidak akan menunjukkan kekuatan dalam keempat kerangka tersebut. Kuncinya adalah agar pemimpin suatu organisasi membuat dirinya dikelilingi dengan orang-orang yang memiliki kekuatan di semua kerangka itu untuk memaksimalkan keberhasilan organisasi mereka.

Pemimpin struktural mengerjakan pekerjaan rumah; memikirkan kembali hubungan struktur, strategi, dan lingkungan; serta fokus pada penerapan. Sementara itu, pemimpin sumber daya manusia mempercayai orang dan menyatakan kepercayaannya. Mereka dapat dilihat, dapat ditemui, memberdayakan orang lain, dan menganggap karyawan sebagai rekan kerja atau kolega. Pemimpin politis menjelaskan apa yang mereka inginkan dan apa yang dapat mereka dapatkan. Pertama mereka mengajak, kedua merundingkan, dan memaksa hanya bila diperlukan. Pemimpin simbolis memimpin dengan contoh, menawarkan interpretasi pengalaman yang masuk akal, menyampaikan visip, mengatakan cerita-cerita, dan menghargai serta menggunakan sejarah. Kepemimpinan yang membingkai ulang adalah gaya kepemimpinan yang akan bernilai/bermanfaat dalam membimbing pemimpin-pemimpin masa

depan untuk menciptakan peluang-peluang baru dalam lingkungan mereka.

■ KUALITAS PEMIMPIN YANG EFEKTIF

Pengarang akhir-akhir ini (Ahoy, 2007; Buckingham, 2005; Maxwell, 1995) telah mengenalkan lima sifat ciri-ciri pemimpin yang efektif. Ciri-ciri itu adalah bertindak sebagai teladan, membimbing, memotivasi, memantau, dan melipat-gandakan keberhasilan (yaitu, menghasilkan pemimpin-pemimpin masa depan). Para pemimpin harus menjadi teladan dalam organisasinya karena karyawan akan meniru peran yang mereka tunjukkan. Mereka juga merupakan pembimbing dengan cara mengajari karyawan lain dalam pekerjaan-pekerjaan di organisasi dan mengarahkan pengembangan karyawan mereka. Pemimpin memotivasi karyawan agar bertanggung jawab atas kinerjanya dalam organisasi. Karyawan yang bertanggung jawab membantu pemimpin dalam pertumbuhan dan keberhasilan organisasi. Pemimpin harus memantau jalannya organisasi dari hari ke hari untuk memastikan bahwa organisasi tetap efisien dan efektif. *Melipat-gandakan keberhasilan* merujuk pada kenyataan bahwa jika seseorang diberi tanggung jawab yang lebih besar untuk pekerjaannya dan mengendalikan pekerjaannya sendiri, mereka akan lebih senang bekerja demi perbaikan organisasi. Ahoy (2007) menunjukkan sifat-sifat lain, seperti memberdayakan, mengarahkan, dan melatih karyawan Anda saat mendelegasikan tanggung jawab, itu juga merupakan sifat-sifat penting dalam memimpin suatu organisasi. W.K. Kellogg Foundation Report (2000), menunjukkan bahwa kolaborasi antara kepemimpinan dan karyawan, berbagi tujuan, penghargaan, dan lingkungan pembelajaran yang meningkat juga penting untuk keberhasilan organisasi.

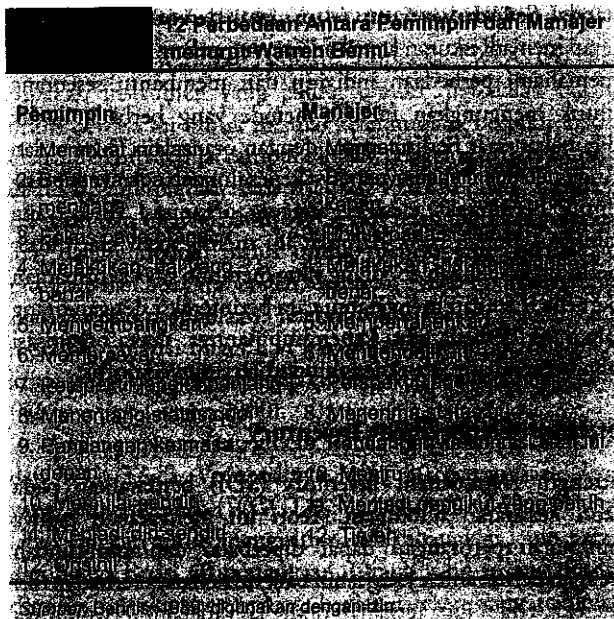
Kualitas lain yang sering disebutkan oleh para pengarang meliputi visi (Ahoy, 2007; Bolman dan Deal, 2003), integritas (Maxwell, 1995), menyampaikan visi secara efektif (Clifford dan Cavanaugh, 1985; Kouzes dan Posner, 1987), komitmen (Bolman dan Deal, 2003, Clifford dan Cavanaugh, 1985; Collins, 2001; W.K. Kellogg Foundation Report, 2000), perilaku positif (Maxwell, 1995), kepercayaan (Maxwell, 1995), karakter (Maxwell, 1995), semangat (Bolman dan Deal, 2003; Clifford dan Cavanaugh, 1985; Collins, 2001), (Bolman dan Deal, 2003; Kotter, 1990; Kouzes dan Posner, 1987; Nanus, 1992); kejujuran (Bolman dan Deal, 2003); membina hubungan (Coleman, 2002; Kotter, 1990; Kouzes dan Posner, 1987; Nanus, 1992); karisma (Denny, 2002), semangat tim (Cureton, 2002), kreativitas (Dave, 2002), etis (Keim, 2002), berani (Haverson, 2002), membangun jaringan kerja (Malinchak, 2002), mengenal diri sendiri (W.K. Kellogg Foundation Report, 2000), otentik/integritas (W.K. Kellogg Foundation Report, 2000), empati/memahami orang lain (W.K. Kellogg Foundation Report, 2000), dan kompeten (W.K. Kellogg Foundation Report, 2000).

Setelah puluhan tahun penelitian dan ribuan wawancara dengan pemimpin-pemimpin besar, penelitian Gallup University menemukan tujuh tantangan, dikenal sebagai "tujuh kebutuhan pemimpin" yang harus dipenuhi oleh untuk memaksimalkan dampak kepemimpinan mereka pada organisasi dan penting bagi keberhasilan kepemimpinan mereka (Conchie, 2004). Tantangan ini adalah memiliki visi, membimbing, mengenali diri sendiri, mempunyai rasa petualangan, memaksimalkan nilai-nilai, membangun konstituen, dan pengalaman yang menantang.

■ PENGEMBANGAN KEPEMIMPINAN

Mitos yang berlaku tentang kepemimpinan adalah kepemimpinan merupakan bawaan lahir atau, dengan kata lain, sesuatu yang dimiliki sejak lahir. Dalam definisi kepemimpinan di atas, banyak pemimpin besar yang menyatakan bahwa kepemimpinan adalah perilaku yang dipelajari (Dye, 2000; Giuliani, 2002; Maxwell, 2003). Maxwell (2003) mengelompokkan empat tingkat kepemimpinan berdasarkan konsep bahwa kepemimpinan merupakan perilaku yang dipelajari. Tingkat kepemimpinan ini adalah *pemimpin yang memimpin*, *pemimpin yang dipelajari*, *pemimpin yang terpendam*, dan *pemimpin terbatas*. Setiap kategori berdasarkan pada tingkat kepemimpinan perorangan dan hasrat untuk menjadi seorang pemimpin. Pengelompokan ini beragam sepanjang rangkaian dari pemimpin yang dilahirkan dengan kualitas kepemimpinan (pemimpin yang memimpin) sampai pemimpin yang hanya memiliki sedikit bakat kepemimpinan atau sama sekali tidak memiliki (pemimpin terbatas). Sifat lain yang digunakan untuk mengelompokkan seseorang ke dalam kategori tertentu tergantung pada apakah orang tersebut memperlihatkan model kepemimpinan, pernah menjalani pelatihan kepemimpinan, dan memiliki hasrat untuk menjadi seorang pemimpin. Dari keempat pengelompokan tersebut, satu-satunya sifat yang tidak didapatkan adalah "terlahir dengan kualitas kepemimpinan." Jadi setiap orang yang memiliki hasrat untuk menjadi pemimpin bisa mengembangkan keterampilan kepemimpinannya. Mason dan Netherbee (2004) mengajukan dua asumsi pengembangan kepemimpinan. Asumsi pertama menekankan poin penting terdahulu bahwa pemimpin bisa dikembangkan melalui pendidikan dan pelatihan. Asumsi kedua adalah bahwa manajemen berbeda dengan kepemimpinan (Tabel 14-1) dan bahwa manajer bisa diubah menjadi pemimpin.

Dye (2000) mengenalkan empat tahap dalam pertumbuhan kepemimpinan. Orang-orang pada tahap 1 tidak berpikir bahwa kepemimpinan merupakan pekerjaan mereka, dan mereka menentang pengembangan kepemimpinan (ketidakmampuan yang tidak disadari). Tahap 2 merujuk pada orang-orang yang secara sadar tidak kompeten atau orang yang memiliki hasrat untuk tumbuh dan bertambah



baik, tetapi mungkin tidak menyadarinya sampai mereka kehilangan pekerjaan. Tahap 3 adalah kompetensi yang disadari, ketika seseorang berkompeten, tetapi tidak tampak sebagai pemimpin yang kuat. Mereka perlu kesempatan untuk mempraktikkan keterampilan dan terus belajar. Tahap 4 merujuk pada kompetensi yang tidak disadari dan merupakan tahap kepemimpinan tertinggi. Pada tahap ini, keterampilan kepemimpinan seseorang lancar dan berjalan tanpa keraguan.

Satu konsep yang berbeda untuk meningkatkan efektivitas kepemimpinan disajikan oleh Jim Collins (2001) dalam buku ini, *Good to Great*. Ia mendorong pengembangan daftar "berhenti melakukan" oleh pemimpin bisnis. Alasan Collin untuk konsep ini adalah bahwa pemimpin memiliki kehidupan yang sibuk dengan banyak daftar "yang akan dilakukan." Dengan mengembangkan suatu daftar "berhenti melakukan," para pemimpin bisa mengarahkan sumber daya mereka terfokus ke sedikit area saja.

"Tujuh kebutuhan kepemimpinan" yang diajukan Gallup University dianggap sebagai kualitas penting kepemimpinan (Conchie, 2004). Untuk memantau lebih lanjut kepemimpinan Anda dan kepemimpinan karyawan Anda, pilihlah dua di antara tujuh kebutuhan tersebut dan buatlah ukuran untuk menentukan dampaknya terhadap organisasi. Ulas hasil pengukurannya serta lakukan perubahan dan modifikasi untuk memastikan keberhasilan organisasi. Sumber daya lain yang ada di Gallup meliputi pembelajaran *e-learning* yang memberikan konsep teori berbasis kekuatan dan Clinton Strengths Finder (lihat "Instrumen Evaluasi Kepemimpinan" di pembahasan selanjutnya).

Maxwell (2003) mengembangkan satu buku kerja untuk menyertai materi yang disajikan dalam bukunya, *The 21 Irrefutable Laws of Leadership*, sebagai alat bantu untuk pengembangan pemimpin. Buku kerjanya memberikan alat ganda yang bisa digunakan individu untuk tujuan mengenali kekuatan yang berkaitan dengan keterampilan kepemimpinan, seperti visi, membangun hubungan, melatih, dan konektivitas. Hal ini bagus untuk mulai mengenal kekuatan Anda sebagai pemimpin. Hasilnya dapat digunakan untuk pengembangan dari rencana pengembangan kepemimpinan yang lebih terperinci. Instrumen yang handal dan valid telah dikembangkan untuk mengenali gaya kepribadian dan keterampilan seseorang terkait dengan penyelesaian konflik, pemikiran kritis, motivasi, dan kekuatan pribadi.

Pengembangan berbasis kekuatan pada tingkat individu merupakan model terbaru dari pengembangan kepemimpinan. Ada tiga tahap dalam proses pengembangan. Pertama, dikenali dulu bakat seseorang, dan menyadarkan orang tersebut akan bakat yang dimilikinya. Kedua, dia mengintegrasikan bakatnya ke kehidupan rutinitas hariannya, berbagi dengan anggota organisasi lainnya, dan mengenali cara-cara untuk memaksimalkan kekuatannya. Terakhir, perubahan perilaku terjadi saat orang tersebut mampu mencapai keberhasilan dengan bakatnya (Clifton dan Harter, 2003). Dengan mengenali kekuatan dan keterampilan kepemimpinan diri sendiri akan meningkatkan kemampuan Anda untuk mengembangkan kepemimpinan pada orang lain.

Mengembangkan Kepemimpinan Pada Orang Lain

Stanley (2003) menyatakan, "Terkadang benar-benar lebih mudah dan menghemat waktu bila mengerjakan segala sesuatu sendiri dibanding melatih orang lain." Namun, kepemimpinan tidak selalu tentang melakukan segala hal dengan "benar." Kepemimpinan adalah tentang melakukan hal-hal melalui orang lain. Covey (1989), dalam bukunya, *The 7 Habits of Highly Effective People*, menyatakan bahwa memindahkan tanggung jawab, atau mendelegasikan, menghasilkan pertumbuhan baik pada individu maupun organisasinya. Sebagai seorang pemimpin, Anda mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan pemimpin-pemimpin masa depan untuk memastikan keberhasilan yang berkelanjutan dari organisasi Anda. Conger (1992) serta Conger dan Benjamin (1999) membedakan empat tipe pengembangan kepemimpinan yang digunakan dalam perusahaan. Tipe-tipe itu adalah pelatihan pembentukan-keterampilan (misalnya, latihan praktik untuk keterampilan, simulasi, kuliah, dan studi kasus video), program umpan balik intensif (misalnya, latihan pengamatan, survei dan umpan balik lisan, serta rekan kerja), pendekatan konseptual (misalnya, studi kasus tertulis dan video, kuliah tentang model konseptual, dan kelompok

diskusi), dan pendekatan pertumbuhan pribadi (misalnya, kerja tim, pengambilan-resiko, dan penggalian nilai-nilai pribadi). Pengembangan kepemimpinan tipe lainnya yang digunakan adalah mentoring, pelatihan, dan instrumen penilaian profil.

■ INSTRUMEN EVALUATIF KEPEMIMPINAN

Banyaknya instrumen evaluatif kepemimpinan membantu seseorang meningkatkan kesadaran dirinya, mengenal keterampilan komunikasi interpersonal, dan identifikasi keterampilan berpikirnya. Beberapa instrumen evaluatif yang paling sering digunakan adalah Myers-Briggs Types Indicator (MBTI) (Myers dan Briggs, 1988), Strength Deployment Inventory (SDI) (Scudder, 1996), Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA) (Watson dan Glaser, 2000), Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI) (Kilmann dan Kilmann, 1972), umpan balik 360-derajat, dan Q12.

Myers-Briggs Types Indicator

Inventaris kepribadian Myers-Briggs Types Indicator (MBTI) dikembangkan pada tahun 1940-an oleh Isabel Myers dan Katherine Briggs. Instrumen ini berdasarkan teori Carl Jung yang diperkenalkan pada tahun 1920 tentang tipe psikologis. Teori Jung menyatakan bahwa keragaman perilaku acak berhubungan dengan perbedaan cara seseorang memilih untuk menggunakan persepsi dan keputusannya. Instrumen tersebut membedakan minat seseorang pada empat dikotomi yang dijelaskan dalam teori Jung. Empat dikotomi tersebut adalah dunia favorit (yaitu, ekstrovert atau introvert), informasi (yaitu, merasakan atau intuisi), keputusan (yaitu, pemikiran atau perasaan), dan struktur (yaitu, memutuskan atau menerima). Jawaban Anda atas pertanyaan itu menunjukkan inventaris yang digunakan untuk menempatkan Anda pada salah satu dari 16 tipe kepribadian. Diasumsikan bahwa tidak satu pun tipe kepribadian yang "lebih baik" atau "paling baik" dibanding yang lain. Sehingga, tujuan umpan balik tersebut adalah untuk membantu Anda memahami dan menghargai perbedaan antara satu orang dengan orang lainnya (Myers dan Briggs, 1988).

Saat ini ada dua formulir MBTI, yaitu MBTI Tahap I dan MBTI Tahap II. MBTI Tahap I (Formulir M) berisi 93 pertanyaan dan berdasarkan minat-minat, sedangkan MBTI Tahap II (Form Q) berisi 144 pertanyaan. Umpan balik dari formulir ini memberikan gambaran yang lebih luas terkait komunikasi, pengambilan keputusan, serta kemampuan untuk menghadapi perubahan dan konflik. Penelitian menunjukkan bahwa kedua formulir MBTI tersebut valid dan

handal. Setelah digunakan selama lebih dari 60 tahun, MBTI tetap menjadi ukuran kepribadian yang paling populer untuk memahami perbedaan individu dan membantu seseorang untuk mengungkap metode-metode yang berbeda untuk digunakan saat berhubungan dengan orang lain (Myers dan Briggs, 1988). Pengenalan gaya kepemimpinan Anda penting untuk berinteraksi dengan anggota organisasi Anda yang lainnya. Umpan balik dari alat ini memberikan kiat untuk berinteraksi dengan seseorang yang memiliki gaya kepribadian berbeda. Dengan mengetahui cara berinteraksi dengan orang lain yang berbeda gaya kepemimpinannya, maka organisasi bisa berkembang, dan menghindari terjadinya konflik.

Strength Deployment Inventory

Strength Deployment Inventory (SDI) berdasarkan pada teori kesadaran hubungan. Teori ini menyatakan bahwa hubungan perorangan dapat diperbaiki dan/atau diubah dengan pemahaman yang lebih baik tidak hanya terhadap diri mereka, tetapi juga terhadap orang lain melalui terwujudnya pemahaman bersama (Noce, 1999, Porter, 1996). Dalam hal menilai perilaku seseorang, SDI berbeda dengan instrumen lainnya karena sistem nilai motivasi perorangan juga ikut dinilai. Penilaian tersebut dilakukan ketika segala sesuatunya berjalan baik untuk individu tersebut maupun saat ia menghadapi konflik. Pertanyaannya dapat diberi skor sendiri dan berisi kata-kata yang menjelaskan ukuran perilaku dan motivasi serta nilai-nilai yang mendasarinya. Beberapa penerapan SDI adalah manajemen konflik, meningkatkan kesadaran diri dan orang lain, pengembangan keterampilan komunikasi dan negosiasi, pembentukan tim, dan pengembangan kepemimpinan. SDI tersedia dalam tiga edisi: Standar, Komponen, dan Premier. Edisi Standar merupakan edisi yang paling banyak dipakai di antara ketiga alat tersebut. Pada Edisi Komponen, sistem nilai motivasional bisa diberikan pada seseorang secara bertahap. Sebagai contoh, petunjuk penggunaan alat, definisi, dan barang inventaris bisa dikirimkan pada orangnya untuk mengamati lebih jauh penggunaan sesungguhnya instrumen tersebut. Edisi Premier adalah yang paling komprehensif di antara ketiga edisi tersebut. Umpan balik diberikan kepada seseorang berdasarkan pengukuran dari edisi tersebut. Pengukuran meliputi potret kekuatan pribadi, potret kekuatan-kekuatan yang telah dialami, informasi dalam teori kesadaran hubungan, model kesadaran hubungan, kartu manajemen kekuatan, dan informasi konflik yang meluas. Setiap edisi juga mencakup petunjuk untuk menggambarkan tampilan visual dari hasil SDI perorangan (Jones, 1976). Informasi ini penting karena pemimpin harus membangun hubungan dalam organisasi agar organisasinya tumbuh dan berhasil.

Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal

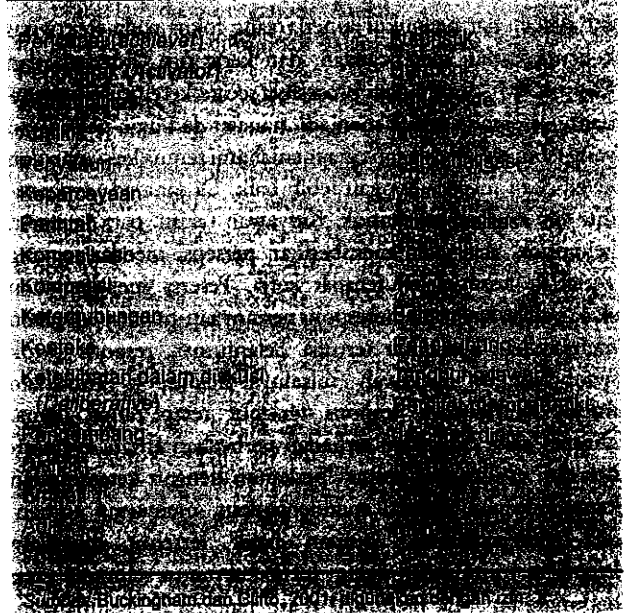
Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA) merupakan instrumen yang paling umum digunakan dalam bisnis dewasa ini untuk menilai keterampilan berpikir kritis. Instrumen ini menilai campur tangan, pengenalan dari asumsi, deduksi, interpretasi, dan evaluasi keterampilan argumen (Watson dan Glaser, 2000). WGCTA telah digunakan secara luas dalam tatanan bisnis untuk menetapkan perekrutan, promosi, dan pengembangan seseorang dalam rangka rencana suksesi suatu perusahaan. Telah diyakini bahwa pelaku yang memiliki potensi tinggi dan memiliki keterampilan berpikir kritis yang baik banyak melakukan pengambilan keputusan (Watson dan Glaser, 2000).

Ada dua versi instrumen WGCTA, yakni WGCTA-A dan WGCTA-B. Versi aslinya berisi 80 pertanyaan. Versi yang lebih pendek (WGCTA-S) yang memerlukan waktu lebih singkat untuk mengisinya, dikembangkan lebih akhir dan hanya berisi 40 pertanyaan. Orang yang sedang dinilai diminta untuk mengevaluasi bagian bacaan yang meliputi pernyataan, masalah, argumen, dan interpretasi. Setelah selesai, skor tunggal ditentukan untuk setiap individu. Skor dan informasi yang terkait dengan interpretasi terhadap skor tersebut kemudian diberikan kepada yang bersangkutan. Karena keterampilan berpikir kritis penting untuk semua organisasi maka orang perlu memiliki keterampilan itu atau mengembangkan keterampilan tersebut agar menjadi pemimpin yang efektif. WGCTA bisa menjadi alat yang sangat baik untuk menilai keterampilan karyawan di bidang farmasi karena profesi ini membutuhkan farmasis menggunakan keterampilan berpikirnya setiap hari.

Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument

Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI) dikembangkan untuk menilai mode pilihan seseorang dari lima gaya penanganan konflik. Lima gaya tersebut adalah menghindari, mengakomodasi, menyaingi, berkompromi, dan bekerja sama. Instrumen TKI berisi 30 pertanyaan. Orang dipaksa untuk memilih di antara dua kemungkinan pernyataan yang menjelaskan perilaku yang paling mungkin dilakukannya dalam suatu situasi tertentu. Responsnya kemudian dipindahkan ke lembar skoring, kemudian dijumlahkan untuk tiap-tiap mode penyelesaian konflik. Umpan balik memungkinkan orang tersebut menentukan mode utama penyelesaian konflik mereka dan untuk mengenali situasi ketika mode penyelesaian konflik lain mungkin lebih efektif. Hal ini penting dalam tatanan organisasi karena para pemimpin bisa jadi dihadapkan pada berbagai konflik yang perlu diselesaikan dengan teknik yang berbeda.

34 Pokok StrengthsFinder



StrengthsFinder Profile

Strength Finder Profile dikembangkan oleh Gallup Organization (Buckingham dan Clifton, 2001) untuk mengetahui kekuatan yang dimiliki seseorang. Sebenarnya profil tersebut mengukur jenis bakat seseorang. Suatu profil dari berbagai pokok bakat bisa dikembangkan secara individual karena kekuatan merupakan hasil dari bakat, pengetahuan, dan keterampilan (Buckingham dan Clifton, 2001). Profil ini berisi sepasang pernyataan. Respons terhadap pernyataan tersebut kemudian disortir. Umpan baliknya mengurutkan lima besar pola perilaku Anda yang paling dominan. Urutan ini merupakan *karakter pokok* Anda. Penelitian Gallup University telah menunjukkan 34 pokok (Tabel 14-2).

Buku *Now, Discover Your Strength*, oleh Buckingham dan Clifton (2001), membahas pengembangan profil tersebut dan menjelaskan setiap pokok karakter secara mendalam. Versi kedua StrengthFinders Profile diedarkan pada musim gugur 2007. Versi 2 bisa diakses menggunakan kode pengenal pribadi di balik sampul bukunya, *Now, Discover Your Strength: StrengthFinders Profile 2.0* (Rath, 2007). Dengan mengetahui kekuatan mereka dan kekuatan karyawan mereka, para pemimpin dapat memberikan tanggung jawab perorangan berdasarkan kekuatan tiap-tiap sehingga organisasi menjadi lebih efektif dan berhasil.

Umpan Balik 360-derajat

Ini adalah alat pengukur kinerja yang fokus pada efektivitas kepemimpinan, perencanaan, dan kerja tim (Edwards dan Even, 1996). Sistem atau prosesnya secara keseluruhan membantu seseorang untuk menjadi manajer dan/atau pemimpin yang lebih efektif dengan cara memahami semua kekuatan dan kelemahan mereka dengan lebih baik. Di sana ada evaluasi diri dan evaluasi kelompok. Karyawan (yaitu, para manajer, kelompok, dan staf) memberikan persepsi mereka tentang sejumlah kompetensi tempat kerja. Peserta menggunakan skala penilaian untuk merespons pertanyaan-pertanyaan selain memberikan komentar tertulis. Selanjutnya, respons untuk setiap kategori karyawan (misalnya, kelompok) diurutkan untuk memastikan respons tersebut tetap tanpa nama. Umpan balik diberikan terhadap perbedaan antara evaluasi diri dan evaluasi kelompok berkaitan dengan keterampilan kepemimpinan, seperti mendengarkan, menyusun tujuan, dan merencanakan. Umpan balik tersebut diberikan kepada pemimpinnya dalam format tertentu sehingga yang bersangkutan bisa membuat suatu rencana pengembangan. Manfaat dari umpan balik 360-derajat ini adalah bahwa ia juga dapat digunakan sebagai alat pengembangan bagi non-manajer (De Bare, 1997). Meskipun non-manajer tidak memiliki staf yang melaporkan langsung padanya, umpan balik dari rekan kerja dapat membantu mereka untuk menjadi lebih efektif di posisi mereka sekarang. Kedua, ia berfungsi sebagai alat pengembangan untuk tiap-tiap orang yang menginginkan posisi manajemen. Dengan mengenali kekuatan dan wilayah yang membutuhkan pengembangan, mereka bisa menyesuaikan perilaku mereka atau mengembangkan keterampilan baru agar menjadi pemimpin yang efektif dalam organisasinya dan mencapai yang terbaik dalam pekerjaannya.

Q12

Q12 dikembangkan oleh Gallup Organization (Gallup Organization, 1999; Coffman, 2002) untuk menentukan tingkat keterikatan karyawan dalam organisasi. Q12 menilai 12 dimensi utama yang menggambarkan tempat kerja yang hebat (Gallup Organization, 1999). Laporan dari instrumen Q12 menunjukkan bagaimana gaya manajemen pemimpin memengaruhi persepsi anggota tim dan ikatan karyawannya. Info ini penting bagi para pemimpin dalam organisasi karena karyawan yang tidak terikat seringkali tidak produktif, yang kadang-kadang bisa mengarah pada turunnya keberhasilan organisasi.

■ PERAN KEPEMIMPINAN BAGI MAHASISWA FARMASI DAN FARMASIS

Farmasis dan mahasiswa farmasi memiliki kesempatan yang tidak terbatas untuk menjadi pemimpin dalam tataran praktik individu; organisasi profesional farmasi di tingkat lokal, negara bagian, dan nasional; keseluruhan profesi pelayanan kesehatan; dan komunitasnya. Dalam ruang lingkup praktik, pemimpin akan membuat perubahan-perubahan dalam ruang lingkup praktik mereka sebelum farmasis lain di dalam lingkaran terdekat mereka, seperti menerapkan layanan pengelolaan terapi obat (*Medication Therapy Management*, MTM) atau memberi layanan apotek baru di rumah sakit. Peluang kepemimpinan profesional lainnya seperti menjadi petugas di organisasi farmasi lokal, negara bagian, dan/atau nasional. Peran kepemimpinan masyarakat melibatkan organisasi masyarakat seperti Lion's Club atau Rotary Club, perencanaan kesehatan masyarakat, dan keterlibatan politis. Mahasiswa bisa menjadi pemimpin di organisasi mahasiswa farmasi dengan memberi layanan pada organisasi masyarakat lokal dan memberi layanan manajemen terkait obat, seperti pengukuran tekanan darah, kolesterol, dan glukosa kepada masyarakat lokal dan wilayah mereka. Kepemimpinan dalam tiap area ini penting untuk memberi layanan pasien yang efektif, untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, untuk meningkatkan profesi farmasi, untuk membuat masyarakat lebih sehat dan untuk meningkatkan kepercayaan diri dan aktualisasi farmasis.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Jennifer Leader telah sebulan lulus. Pada dua praktik kerja terakhirnya, pembimbingnya telah memberi contoh mutu pemimpin efektif sesuai dengan yang dipelajarinya saat kuliah. Ia telah banyak berdiskusi dengan kedua orang tersebut untuk menjadi mentor saat ia lulus sekolah farmasi. Pembimbingnya menyarankan agar ia mau menerima posisi supervisor di ruang lingkup praktik terpilih setelah lulus. Jennifer dianjurkan mengembangkan beberapa tipe kepemimpinan untuk meningkatkan keterampilan kepemimpinan. Anjuran ini meliputi mencari peluang-peluang untuk mengikuti program pengembangan kepemimpinan dengan tempat kerjanya di masa depan, ikut aktif dalam organisasi lokal, negara bagian, dan nasional dalam rangka membangun jaringan kerja dan hubungan dengan farmasis lain; mengenal orang-orang yang mengatur instrumen evaluatif kepemimpinan yang lain, seperti StrengthFinder dan Myer-Briggs; dan mengikuti program

kepemimpinan farmasi seperti American College of Clinical Pharmacy (ACCP) Academy Leadership and Management Certificate Program, University of California, San Francisco's Leadership Institute, dan/atau program kepemimpinan farmasi lainnya. Hasil dari instrumen evaluatif kepemimpinan akan membantu Jennifer untuk menyusun rencana guna meningkatkan keterampilan kepemimpinannya. Hal ini juga akan merupakan awal proses untuk mewujudkan tujuannya menjadi seorang pemimpin farmasi di tingkat negara bagian dan nasional.

■ KESIMPULAN

Farmasis telah menerima peran kepemimpinan dalam ruang lingkup praktik, profesi, dan masyarakat mereka. Namun, peluang bagi farmasis untuk menerima peran kepemimpinan dalam profesi pelayanan kesehatan tidak pernah bertambah besar. Hal ini terjadi sebagai akibat berubahnya tanggung jawab pelayanan kesehatan seperti pengelolaan terapi obat dan penemuan teknologi baru. Perusahaan akan mencari farmasis yang dapat menjadi pemimpin dalam lingkungan yang berubah ini sehingga pasien akan menerima layanan dengan kualitas terbaik. Sumber daya kepemimpinan sangat banyak, dan banyak alat tersedia untuk membimbing seseorang dalam mengembangkan keterampilan kepemimpinan mereka. Sumber daya tersebut tersedia dalam format cetak maupun berbasis web. Sumber daya lain meliputi program pengembangan kepemimpinan dan instrumen evaluatif kepemimpinan. Instrumen evaluatif yang sekarang memberikan umpan balik tentang kekuatan farmasis. Jika seseorang telah mengetahui kekuatannya, informasi tersebut bisa digunakan untuk memaksimalkan kekuatannya sehingga memberikan keberhasilan yang lebih besar. Farmasis didorong untuk menggunakan sumber daya ini tidak hanya untuk kepemimpinan mereka sendiri, melainkan juga untuk membangun keterampilan kepemimpinan orang lain.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apa saja tantangan untuk menjadi seorang pemimpin? Apa saja sifat pemimpin efektif yang telah diuraikan dalam bab ini yang sudah Anda miliki sekarang? Bagaimana Anda bisa mendapatkan atau memperbaiki sifat lainnya?
2. Apa pentingnya pengembangan wawasan/pengetahuan ke dalam gaya kepemimpinan pribadi Anda?
3. Mengapa penting untuk menggunakan instrumen evaluatif dalam mengungkapkan dan mengembangkan gaya kepemimpinan Anda?
4. Sebagai seorang pemimpin, bagaimana Anda menerapkan perubahan dalam ruang lingkup profesi dan praktik?
5. Bagaimana Anda akan mengembangkan kepemimpinan orang lain dalam organisasi Anda?
6. Apa peran kepemimpinan dalam organisasi Anda?

REFERENSI

- ACCP Academy Leadership and Management Certificate Program. 2007. Tersedia di <http://academy.accp.com/leader.asp>; diakses pada 2 Desember, 2007.
- Ahoy CK. 2007. *Leadership in Educational Facilities Administration*. Alexandria, VA: Association of Higher Education Facilities Officers.
- Autry JA. 2001. *Servant Leadership*, hlm. 20-21. Roseville, CA: Prima Publishing.
- Axelrod A. 1999. *Patton on Leadership*, hlm. 31. Paramus, NJ: Prentice-Hall.
- Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. 2002. *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future is Yours to Create! Company.
- Bass B. 1985. *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: Free Press.
- Bennis W. 1989. *On Becoming a Leader*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bolman LG, Deal TE. 2003. *Reframing Organizations: Artistry, Choice, and Leadership*, 3d ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Buckingham M. 2005. *The One Thing You Need to Know... About Great Managing, Great Leading, and Sustained Individual Success*. New York: Free Press.
- Buckingham M, Clifton DO. 2001. *Now, Discover Your Strengths*. New York: Free Press.
- Cashman K. 1999. *Leading from the Inside Out: Becoming a Leader for Life*. Provo, UT: Executive Excellence.
- Clifton DO, Harter JK. 2003. Strengths investment. In Cameron, JE Dutton, RE Quinn (eds), *Positive Organizational Scholarship*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Coffman C, Gonzalez-Molina G. 2002. *Follow This Path*. New York: Warner Books.
- Coleman DD. 2002. On relationships. In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future is Yours to Create! Company.
- Collins J. 2001. *Good to Great*, hlm. 139-140. New York: HarperCollins.
- Complete 360-Degree Feedback. 2007 Tersedia di www.custominsight.com/360-degree-feedback/; diakses pada 30 November, 2007.
- Conchie B. 2004. The seven demands of leadership: What separates good leaders from all the rest? *Gallup Manag J*, May 13, 2004.
- Conger JA. 1992. *Learning to Lead: The Art of Transforming Managers into Leaders*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Conger JA, Benjamin B. 1999. *Building Leaders: How Successful Companies Develop the Next Generation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Covey SR. 1989. *The 7 Habits of Highly Effective People*, hlm. 171. New York: Simon and Schuster.
- Covey SR, Merrill RA, Jones D. 1998. *The Nature of Leadership*. Salt Lake City, UT: Franklin Covey Co.
- Dave L. 2002. On creativity. In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future Is Yours to Create! Company.
- DeBare I. 1997. "360 Degrees of Evaluation: More Companies Turning to Full Circle Job Reviews," *San Francisco Chronicle*, May 5, 1997.
- Denny NH. 2002. On leading with charisma. In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future is Yours to Create! Company.
- Dye CF. 2000. *Leadership in Healthcare*, hlm. 12, 15. Chicago: Health Administration Press.
- Edwards MR, Even AJ. 1996. *360-Degree Feedback: The Powerful New Model for Employee Assessment and Performance Improvement*. New York: American Management Association.
- Gallup Organization. 1999. What is a great workplace? The twelve key dimensions that describe a great workplace (part 1). *Gallup Manag J*, March 15, 1999.
- Gallup University. 2007. *Demands Leadership*. Tersedia di www.gallup.com/university/1435/Demands-Leadership.aspx; diakses pada 2 Desember, 2007.
- Gallup University. 2007. *Strengths-Based Leadership Programs*. Tersedia di www.gallup.com/university/1408/StrengthsBased-Leadership-Programs.aspx; diakses pada 30 November, 2007.
- Giuliani RW. 2002. *Leadership*, hlm. xii. New York: Hyperion.
- Greenleaf RK. 2002. *Servant-Leadership*. New York: Paulist Press.
- Haverson R. 2002. On leading with courage. In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future is Yours to Create! Company.
- Hedricks M. 2001. Play to your strengths: Skills testing and evaluation. *Entrepreneur*, May.
- Hodges TD, Clifton DO. 2004. Strengths-based development in practice. In Linley PA, Joseph S (eds), *Positive Psychology in Practice*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Jones JE. 1976. A review of E. H. Porter's Strength Deployment Inventory. *Group Organ Manag* 1:121-123.
- Keim WS. 2002. On becoming an ethical leader In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future is Yours to Create! Company.
- Kilmann T, Kilmann RH. 1972. *Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument*. Palo Alto, CA: CPP, Inc..
- Komives SR, Lucas N, McMahon TR. 1998. *Exploring Leadership: For College Students Who Want to Make a Difference*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kotter J. 1990. *Leadership Theories: A Force for Change—How Leadership Differs from Management*. New York: Free Press.
- Kouzes JM, Posner BZ. 1987. *The Leadership Challenge*, hlm. 48. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kreiter R, Kinicki A. 1997. *Organizational Behavior*. New York: Irwin.
- Lombardi V Jr. 2001. *What It Takes to Be #1: Vincent Lombardi on Leadership*, p. 2. New York: McGraw-Hill.
- Martin J. 2002. On leading by serving. In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak: How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future Is Yours to Create! Company.
- Malinchak J. 2002. On masterful networking. In Barnes R, Coleman D, Cureton D, et al. (eds), *Let Your Leadership Speak How to Lead and Be Heard*. Paxton, MA: The Future Is Yours to Create! Company.
- Mason FM, Wetherbee LV. 2004. Learning to lead: An analysis of current training programs for library leadership. *Library Trends* 53:187-217.
- Maxwell JC. 1988. *The 21 Irrefutable Laws of Leadership: Follow Them and People Will Follow You*. Nashville, TN: Thomas Nelson.
- Maxwell JC. 2002. *The 21 Irrefutable Laws of Leadership Workbook*. Nashville, TN: Thomas Nelson.
- Maxwell JC. 2003. *Developing the Leader within You*. Nashville, TN: Nelson Business.
- Maxwell JC. 1995. *Developing the Leaders Around You in Three Books in One Volume*. Nashville, TN: Nelson Business.
- Myer-Briggs. 2007. Tersedia di www.myersbriggs.org/mymbti-personality-type/mbti-basics; diakses pada 30 November, 2007.
- Myers & Briggs Foundation. 2007. Tersedia di www.myersbriggs.org/my-mbti-personality-type/mbti-basics; diakses pada 30 November, 2007.
- Myers I, Briggs K. 1988. *Myers-Briggs Type Indicator*. Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Myers IB, McCaulley MH. 1985. *MBTI Manual (A Guide to the Development and Use of the Myers Briggs Type Indicator)*, 3d ed. Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Nanus B. 1992. *Visionary Leadership*, hlm. 10. San Francisco: Jossey-Bass.
- Noce DJD. 1999. Seeing theory in practice: an analysis of empathy in mediation. *Negotiation J* 15: 277.

- Personal Strengths Publishing. 2007. Tersedia di www.personalstrengths.com/catalog_sdi.htm; diakses pada 30 November, 2007.
- Porter E. 1996. *Relationship Awareness Theory*. Carlsbad, CA: Personal Strengths Publishing.
- Rath T. 2007. *Now, Discover Your Strengths: Strength Finder 2.0*. New York: Gallup Press.
- Scudder T. 1996. *Strength Deployment Inventory*. Carlsbad, CA: Personal Strengths Publishing.
- Spears L. 2003. Introduction: Understanding the growing impact of servant-leadership. In Beazley H, Beggs J, Spears C (eds), *The Servant-Leader Within: A Transformative Path*. Mahwah, NJ: Paulist Press.
- Stanley A. 2003. *The Next Generation Leader*. Sisters, OR: Multnomah Publishers.
- Strength-Based Leadership Programs. 2007. Tersedia di www.gallup.com/university/1408/StrengthsBased-Leadership-Programs.aspx; diakses pada 30 November, 2007.
- Strength-Based Leadership Programs. 2007. *Demands on Leadership*. Tersedia di www.gallup.com/university/1435/Demands-Leadership.aspx; diakses pada 30 November, 2007.
- StrengthFinder Profile. 2007. Tersedia di www.strengthsfinder.com; diakses pada December 2, 2008. *10 Principles of Servant-Leadership*. 2007. Tersedia di www.butler.edu/studentlife/hampton/principles.htm; diakses pada 15 November, 2007.
- Tichy N. 1997. *The Leadership Engine*, p. 42. New York: HarperCollins.
- USCF Pharmacy Leadership Institute. 2007. Tersedia di www.futurehealth.ucsf.edu/Program/pli/Default.aspx?tabid=235; diakses pada 2 Desember, 2007.
- Watson G, Glaser E. 2000. *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal*. San Antonio, TX: Harcourt Brace&Co.
- W. K. Kellogg Foundation Report. 2000. *Leadership Reconsidered: Engaging in Higher Education in Social Change*. Battle Creek, MI: W. K. Kellogg Foundation.



BAGIAN 4

LAPORAN KEUANGAN

Rashid Mosavin

Tentang Penulis: Dr. Mosavin adalah Chair of Departement of Pharmaceutical Sciences dan associate Professor di Department of Pharmacotherapy and Outcomes Science di Loma Linda School of Pharmacy. Dr. Mosavin meraih gelar B.S. dari University of Kansas, gelar PhD di bidang Pharmaceutical Sciences dari University of Wisconsin-Madison dan MBA dari University of Chicago. Dr. Mosavin mempunyai pengalaman di bidang farmasi industri, farmasi rumah sakit, dan ruang lingkup apotek rawat jalan. Bidang minat penelitiannya meliputi evaluasi ekonomis dari sistem pelayanan kesehatan dan peran farmasis di dalam sistem pelayanan kesehatan (terutama yang berkaitan dengan manajemen penyakit kronis). Bidang minat lain dalam penelitiannya adalah analisis nilai ekonomi yang diperoleh dari implementasi teknologi informasi kesehatan di dalam praktik kefarmasian di rawat jalan.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Membandingkan dan membedakan tujuan dasar dari neraca dan laporan rugi-laba.
2. Menggambarkan hubungan antara neraca dan laporan rugi-laba pada tahun anggaran yang telah ditentukan
3. Menguraikan kegunaan dari rasio keuangan dan menginterpretasikan rasio keuangan dasar di apotek
4. Menguraikan dan mengintegrasikan informasi keuangan yang terdapat di neraca dan laporan rugi-laba dalam praktik di apotek.
5. Menjelaskan aliran dana yang ada di apotek, termasuk pengeluaran, pertimbangan peresepan, kuitansi pembayaran, dan pendapatan.
6. Menguraikan dasar laporan keuangan yang digunakan dalam praktik farmasi rumah sakit.

■ SKENARIO

Pada suatu musim panas yang indah, Marco dan Diana bertemu di kedai kopi yang berdekatan dengan universitas mereka dulu. Sudah beberapa tahun lalu mereka lulus, tapi terasa seperti baru kemarin saja. Marco selalu berkeinginan untuk memiliki apotek sendiri dan sekarang dia sedang bekerja di salah satu apotek jaringan untuk memperoleh pengalaman dan menabung. Diana baru saja menyelesaikan *fellowship* kardiologi dan mendapatkan posisi sebagai klinisi di sebuah rumah sakit pendidikan yang besar. Diana mempunyai minat di bidang manajemen

farmasi rumah sakit dan berharap untuk segera diberikan kewenangan bidang manajerial di departemen farmasi.

Selama 2 tahun, Marco dan Diana sudah mulai menyadari pentingnya menelusuri penggunaan uang. Secara pribadi, Marco mulai melunasi pinjaman mahasiswa. Dia tidak saja berhasil melunasi pinjamannya, ia benar-benar mulai untuk menghemat uang untuk masa depannya. Sementara Diana bisa menunda pembayaran pinjaman mahasiswanya selama residensi dan *fellowship*-nya, dia harus belajar mengelola uangnya sendiri dengan bijaksana karena yang ia dapatkan selama 2 tahun ini lebih sedikit dibandingkan sebagian besar dari temannya yang langsung bekerja sebagai farmasis begitu lulus. Keduanya mulai memahami bahwa untuk menjadi farmasis pengelola rumah sakit yang sukses atau pemilik apotek independen, tiap-tiap perlu juga memahami bagaimana perputaran uang dalam suatu organisasi. Sama seperti halnya Marco dan Diana yang harus berhati-hati dalam menelusuri alur keuangan mereka sendiri untuk memenuhi tujuan finansial pribadi, pelacakan penggunaan dan arus uang merupakan sebuah elemen penting dalam menjalankan jenis apotek apapun. Mereka berharap bahwa jika mereka dapat memahami aliran uang dalam keuangan pribadi, mereka akan dapat mempelajari prinsip-prinsip pengelolaan keuangan yang diperlukan untuk berhasil sebagai pengelola apotek.

Marco dan Diana memutuskan untuk bertemu sebulan sekali selama 3 bulan ke depan. Selama pertemuan ini, mereka berencana untuk belajar lebih banyak tentang akuntansi, laporan keuangan, dan bagaimana menggunakannya di apotek.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Mengapa penting bagi mahasiswa farmasi untuk mempelajari dasar-dasar akuntansi keuangan?
2. Meskipun mereka mungkin tidak bertanggung jawab atas kinerja keuangan organisasinya, mengapa penting bagi farmasis untuk memiliki pengetahuan dasar tentang laporan keuangan di tempat mereka bekerja?
3. Bagaimana perbedaan laporan keuangan praktik farmasi rumah sakit dan farmasi komunitas dalam hal jenis dan cakupan informasi yang ada?
4. Bagaimana bisa dengan penguasaan tentang laporan keuangan akan membuat farmasis menjadi manajer yang lebih efektif?

■ PENDAHULUAN

Jika matematika adalah bahasa ilmu fisika, akuntansi adalah bahasa ilmu bisnis. American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) mendefinisikan *akuntansi* sebagai "kegiatan layanan, yang fungsinya adalah untuk

menyediakan informasi kuantitatif, terutama mengenai keuangan, tentang hal-hal terkait dengan ekonomi yang digunakan untuk mengambil keputusan ekonomi." Masyarakat mungkin menganggap akuntansi sebagai pekerjaan biasa yang melibatkan banyak angka untuk diolah, padahal yang sebenarnya adalah akuntansi memberikan kerangka untuk proses pengambilan keputusan yang penting bagi keberhasilan setiap organisasi. Akuntansi adalah proses dinamis yang digunakan perusahaan, usaha kecil, dan bahkan individu untuk menentukan dan melaporkan bagaimana mereka membiayai aktivitas dan menggunakan uang mereka. Akuntansi terutama digunakan untuk menelusuri aliran uang (tunai atau kredit) antara aktivitas pembiayaan dan investasi. Memahami laporan keuangan adalah penting untuk memahami perputaran uang. Laporan keuangan disusun berdasarkan prinsip-prinsip dasar akuntansi. Menentukan profitabilitas, perkembangan di masa depan, dan kewajiban pajak adalah contoh dari fungsi-fungsi utama akuntansi dalam operasional sehari-hari semua jenis organisasi atau bahkan pada tingkat pribadi.

Mari kita gunakan contoh sederhana untuk mendefinisikan beberapa istilah dasar untuk pemahaman kita tentang keuangan yang sehat dari suatu organisasi. Jika tujuan Anda adalah untuk mengoperasikan sebuah taksi, Anda memerlukan sebuah mobil. Mobil adalah *aktiva*. Menurut definisi, aktiva adalah segala hal yang dimiliki dalam bisnis dan dapat digunakan untuk menambah pendapatan (misalnya, mengemudikan taksi untuk mengantarkan penumpang yang membayar kita sampai ke tujuannya). Mendapatkan uang yang digunakan untuk memiliki suatu aktiva memerlukan *pembiayaan*. Pembiayaan untuk taksi mungkin berasal dari kombinasi tabungan pribadi, hadiah, pinjaman bank, atau bahkan uang yang dipinjam dari teman-teman dan keluarga. Sumber-sumber pembiayaan dapat lebih diklasifikasikan sebagai *kewajiban* (utang kepada orang lain) dan *modal pemilik* (dana milik sendiri). Berapa pun jumlah total yang diinvestasikan sebagai aktiva, harus selalu sama dengan jumlah biaya akuisisinya. Jika Anda membayar \$ 25.000 untuk mobil, nilai aktiva Anda tercatat sebesar \$ 25.000. Sekarang mari kita umpamakan bahwa Anda membeli aktiva ini dengan mengambil \$ 10.000 dari uang Anda sendiri dan \$15.000 dari bank. Dalam bahasa akuntansi, *investasi* pada *aktiva* ini (\$ 25.000 untuk mobil) dibiayai oleh *modal pemilik* (uang Anda \$ 10.000) dan *kewajiban* (\$15.000 dari bank Anda).

Ini membawa kita pada aturan yang paling penting dalam akuntansi, sering disebut sebagai *persamaan dasar akuntansi*:

$$\text{Aktiva} = \text{Modal pemilik} + \text{Kewajiban}$$

Peraturan ini selalu berlaku, apakah Anda memiliki apotek kecil atau perusahaan multinasional yang besar. Menguasai

persamaan yang relatif sederhana ini membantu Anda untuk lebih memahami bahkan konsep-konsep keuangan yang paling rumit yang muncul selama karir profesional Anda!

■ TINJAUAN PRINSIP-PRINSIP AKUNTANSI

Prinsip akuntansi adalah alat penting yang dapat diterapkan di semua area praktik apotek (Stickney, 1999). Hal ini karena setiap apotek, sama halnya dengan organisasi yang lain, mempunyai tiga aktivitas dasar:

- Mendapatkan pembiayaan
- Melakukan investasi
- Melakukan kegiatan operasional yang menguntungkan

Mendapatkan Pembiayaan

Untuk memulai bisnis, orang perlu mempunyai aktiva. Kegiatan keuangan untuk memperoleh aktiva melibatkan dana dari pemilik dan kreditur (misalnya bank). Ketika pemilik mendanai kegiatan suatu perusahaan, mereka menjadi pemegang saham perusahaan. Pemegang saham memiliki klaim atas aktiva perusahaan, dan investasi mereka dalam perusahaan dihargai oleh salah satu distribusi reguler dari perusahaan kepada pemilik (juga dikenal sebagai *dividen*) atau dengan peningkatan nilai aktiva total perusahaan karena operasi yang menguntungkan.

Di sisi lain, kreditur menyediakan dana bagi perusahaan, tetapi tidak menerima dividen. Mereka menuntut perusahaan untuk mengembalikan dana dengan bunga selama jangka waktu tertentu. Periode waktu ini dapat bervariasi dari harian (berasal dari vendor yang menyediakan inventaris atau bahan baku) sampai tahunan (dari bank-bank yang memberikan pinjaman jangka panjang). Ada banyak jenis pembiayaan lainnya, diskusi yang berada di luar cakupan bab ini. Bagi pembaca yang tertarik dapat mempelajari lebih lanjut dengan membaca *Investments* (5th edition) oleh Bodie, Kane, dan Marcus (2007) serta *Principles of Corporate Finance* (6th edition) oleh Brealy dan Myers (2007).

Melakukan Investasi

Jenis investasi yang dilakukan suatu perusahaan sangat bergantung pada jenis usahanya. Dalam ruang lingkup farmasi, dana yang diinvestasikan digunakan untuk inventaris, baik perangkat keras maupun perangkat lunak komputer, mesin, bangunan, dan tanah. Sumber daya diperlukan dengan mempekerjakan sejumlah farmasis, teknisi farmasi, dan staf lainnya yang juga dapat dilihat sebagai bentuk kegiatan investasi.

Melakukan Kegiatan Operasional yang Menguntungkan

Kita mulai siklus ini dengan mendapatkan dana untuk bisnis kita. Kita menginvestasikan dana tersebut untuk memperoleh aktiva yang kita perlukan. Langkah terakhir adalah melakukan kegiatan operasional. Secara umum, aktivitas yang dilakukan dalam apotek mencakup pembelian, distribusi (yaitu, pelayanan resep), kegiatan klinis, dan administrasi. Di beberapa apotek, pemasaran juga merupakan kegiatan operasi yang penting, artinya bahwa hal itu diperlukan sehingga orang lain dapat mengetahui barang dan jasa apa yang ditawarkan oleh apotek (lihat Bab 21 dan 22).

■ TIGA HAL PENTING DALAM LAPORAN KEUANGAN

Sebagian besar organisasi menggunakan laporan keuangan yang berbeda-beda. Namun, ada tiga jenis laporan keuangan yang penting untuk operasional organisasi mana pun. Sebelum belajar tentang ketiga laporan keuangan yang penting itu, penting juga untuk mengetahui definisi dari *periode fiskal*. Periode fiskal adalah satuan waktu—setahun sebagaimana istilah itu dikatakan—yang digunakan untuk merekam interaksi finansial mereka. Sebuah periode fiskal dapat mulai pada 1 Januari dan berakhir pada 31 Desember, atau dapat mulai pada tanggal lain dan berakhir 1 tahun kemudian. Bisnis (seperti ritel *departemen store*) yang mengalami penjualan besar selama bulan Desember biasanya mulai periode fiskal mereka di bulan Maret atau April. Perusahaan harus membayar pajak ke Internal Revenue Service (IRS) berdasarkan tanggal yang ditetapkan oleh peraturan IRS tanpa menghiraukan tanggal kalender periode fiskal mereka. Peraturan IRS tentang pajak perusahaan berada di luar cakupan diskusi ini tetapi pembaca dapat mempelajari lebih lanjut dengan mengunjungi situs web IRS di www.irs.gov (United States Department of the Treasury, 2007). Klik pada bagian "business" dan kemudian "corporations" untuk mempelajari lebih lanjut tentang peraturan pajak perusahaan dan peraturan lainnya.

Tiga laporan keuangan yang penting untuk pengoperasian setiap organisasi adalah neraca (*balance sheet*), laporan rugi-laba (*income statement*), dan laporan arus kas (*statement of cash flow*) (Tabel 15-1). Harap dicatat bahwa beberapa jenis laporan keuangan juga dihasilkan oleh organisasi-organisasi yang tidak dibahas dalam bab ini. Perusahaan publik, yaitu sebuah perusahaan yang sahamnya diperdagangkan di pasar saham, diharapkan membuat laporan keuangannya dengan Securities and Exchange Commission (SEC). Contoh dari hal ini adalah Formulir 10-Q, yang mengungkapkan angka keuangan organisasi secara triwulanan. Metode yang digunakan untuk menyiapkan formulir ini dan laporan keuangan

Tiga Hal Penting dalam Laporan Keuangan

Jenis	Kegunaan
Neraca	Gambaran singkat dari investasi perusahaan (aktiva) dan bagaimana investasi itu dibelanjakan (kewajiban dan modal pemilik)
Laporan rugi-laba	Menghubungkan awal dan akhir neraca dalam periode tertentu dengan menyediakan rincian aktivitas operasional (seperti penjualan dan pengeluaran)
Laporan arus kas	Menghubungkan awal dan akhir neraca dengan menunjukkan dampak dari investasi perusahaan, pembiayaan, dan operasional arus kas

lainnya telah ditetapkan oleh Financial Accounting Standards Board (FASB), sebuah lembaga non-pemerintah yang didedikasikan untuk menetapkan standar dalam praktik akuntansi.

Untuk perlindungan investor, Kongres mengeluarkan Securities Act pada tahun 1933 dan Securities Exchange di tahun 1934. Undang-undang ini membuat pemerintah mengawasi dengan seksama permodalan Amerika Serikat untuk mencegah berbagai penipuan yang menyebabkan kekacauan pasar modal seperti yang terjadi di tahun 1929.

Pada tahun 1934, Kongres mendirikan Securities and Exchange Commission (SEC) untuk menegakkan hukum baru dan menjaga kestabilan pasar modal Amerika Serikat (United States Securities and Exchange Commission, 2007).

Neraca

Tabel 15-2 menunjukkan neraca dari Whole Health Partners Pharmacies (WHP). Neraca menunjukkan gambaran singkat tentang aktiva (assets), kewajiban (liabilities), dan ekuitas pemegang saham dari suatu perusahaan pada waktu tertentu. Walaupun organisasi umumnya menyiapkan neraca pada akhir periode fiskal, mereka bisa menyiapkannya pada setiap waktu tertentu (misalnya, pada akhir bulan atau seperempat bulan). Sebagaimana dibahas dalam pendahuluan, total aktiva neraca harus sama dengan total kewajiban (utang/kewajiban) ditambah modal pemilik saham setiap saat.

Sejak 1 November, tahun 0, WHP belum memulai operasionalnya. Namun, WHP telah memiliki semua aktiva yang diperlukan untuk memulai kegiatan operasionalnya. Ketika kita memeriksa neraca WHP setelah 1 tahun beroperasi (tahun 1), kita melihat perubahan dalam hal aktiva, kewajiban, dan ekuitas pemegang saham. Tujuan WHP sama halnya dengan usaha yang lain adalah untuk meningkatkan aktiva melalui kegiatan operasional yang menguntungkan sepanjang periode fiskal. Dengan asumsi bahwa WHP

Neraca Whole Health Partners

1 November	
Aktiva	
Aktiva lancar	
Kas	50.000
Piutang usaha	0
Inventaris	200.000
Aktiva tidak lancar	
Bangunan	300.000
Peralatan	50.000
Total Aktiva	600.000
Kewajiban	
Kewajiban lancar	
Utang usaha ke PBF	200.000
Utang gaji pegawai	0
Kewajiban tidak lancar	
Utang obligasi	400.000
Total Kewajiban	600.000
Ekuitas pemegang saham	
Saham biasa	300.000
Laba ditahan	0
Total Ekuitas Pemegang Saham	300.000
Total Kewajiban dan Ekuitas pemegang Saham	600.000

Laporan Rugi-Laba WHP untuk Tahun ke-1 (dalam \$)	
Pendapatan:	
Pendapatan bersih	200.000
Pendapatan lain-lain	100.000
Pendapatan total	300.000
Pengeluaran:	
Pengeluaran operasional	100.000
Pengeluaran lain-lain	100.000
Pengeluaran total	200.000
Penghasilan bersih	100.000

mampu menjaga agar kewajiban tidak berubah, kenaikan aktiva akan mengakibatkan kenaikan ekuitas pemegang saham, dan itu akan membuat pemilik apotek bahagia! Ingat bahwa modal pemilik mewakili dana yang digunakan pemilik untuk memulai usaha. Neraca WHP menunjukkan bahwa pemilik memulai dengan \$300.000 dari uang mereka sendiri. Pada akhir tahun ke-1, pemilik telah mendapat peningkatan sebesar \$ 200,000 menjadi \$ 500,000 karena operasional yang menguntungkan selama tahun pertama. Pemilik bisa menggunakan kelebihan dari keuntungan \$ 200,000 ini dalam dunia bisnis (dikenal sebagai laba ditahan) atau mengambil sebagian atau seluruhnya untuk mereka sendiri (dikenal sebagai dividen).

Laporan rugi-laba

Laporan rugi-laba dalam Tabel 15-2 menunjukkan nilai aktiva, kewajiban, dan ekuitas pemegang saham, tetapi karena hanya merupakan sebuah gambaran singkat, tidak bisa menjelaskan banyak tentang apa yang menyebabkan nilai-nilai ini berubah selama tahun tersebut. Neraca juga tidak memberi tahu kita bagaimana pendapatan itu dihasilkan dan jenis pengeluaran yang terjadi selama periode akuntansi.

Laporan rugi-laba adalah suatu dokumen dinamis yang memberikan informasi tentang uang yang masuk ke sebuah organisasi (*pemasukan*) dan uang yang diperlukan untuk mendapatkan pemasukan tersebut (*pengeluaran*). Selisih antara pendapatan dan pengeluaran sering disebut sebagai

penghasilan neto, *laba bersih*, atau *pendapatan*. Laporan rugi-laba memberi tahu pembaca apa saja yang terjadi pada suatu organisasi selama periode waktu tertentu. Meskipun organisasi pada umumnya membuat laporan rugi-laba dalam rentang periode fiskal, mereka sering membuat laporan rugi-laba yang menggambarkan pendapatan, pengeluaran, dan penghasilan bersih selama periode waktu yang lebih pendek, seperti 3 bulanan, bulanan, minggu, atau bahkan tiap hari.

Tabel 15-3 menggambarkan laporan rugi-laba WHP untuk tahun ke-1. Laporan rugi-laba tersebut menunjukkan semua aktivitas operasional yang menghasilkan baik pendapatan maupun pengeluaran. Laporan rugi-laba juga menunjukkan pendapatan bersih selama tahun ke-1. Penting untuk dipahami bahwa istilah *penghasilan bersih* dan *pendapatan* digunakan secara bergantian dalam laporan keuangan. Anda akan tahu bahwa penghasilan bersih untuk tahun ke-1 adalah \$ 300.000. Neraca (Tabel 15-2) menunjukkan laba ditahan sebesar \$ 200.000. Ini adalah sebagian dari penghasilan bersih yang telah diinvestasikan kembali kedalam perusahaan oleh pemilik. Lalu kemana sisa (\$ 100.000) dari penghasilan bersih? Sisa itu dikembalikan lagi ke para pemilik sebagai dividen (seperti digambarkan dalam Tabel 15-4). Hubungan antara nilai penghasilan bersih dari laporan rugi-laba dan laba ditahan dari neraca adalah contoh bagaimana kedua laporan tersebut saling berhubungan. Dalam contoh khusus ini, rincian tentang hubungan ini dapat diperiksa oleh laporan laba ditahan (Tabel 15-4).

Laporan Arus Kas

Sepanjang periode fiskal, pemasukan dan pengeluaran kas dicatat dalam *laporan arus kas*. Nilai yang tercatat tersebut umumnya dibagi ke dalam tiga kategori: operasional, investasi, dan pembiayaan. Tabel 15-5 menunjukkan laporan arus kas WHP. Hal yang biasa dalam akuntansi menggunakan tanda kurung untuk mewakili nilai-nilai negatif (yaitu, arus kas keluar). Pada akhir tahun ke-1, WHP telah meningkatkan uang tunai sebesar \$ 50.000. Baris terakhir dalam laporan arus kas, menunjukkan jumlah uang tunai yang tersedia pada akhir periode fiskal, adalah selalu sama dengan jumlah uang tunai yang tercatat pada neraca pada awal periode fiskal berikutnya. Sekali lagi, Anda harus perhatikan arus laporan ini dan sejauh mana mereka berkaitan.

■ RASIO KEUANGAN

Organisasi, investor, kreditur, bahkan individu menggunakan rasio keuangan untuk memeriksa kinerja keuangannya. Beberapa rasio keuangan, seperti penghasilan bersih/rata-rata aktiva total, memberikan informasi yang berguna mengenai profitabilitas organisasi. Rasio lainnya dapat dihitung untuk memberikan informasi tentang likuiditas organisasi (berapa banyak uang yang tersedia untuk membayar tagihan) atau

Laporan Laba Ditahan untuk Tahun ke-1 dari WHP (dalam \$)	
Laba ditahan, awal tahun ke-1	200.000
Penghasilan bersih tahun ke-1	100.000
Laba ditahan, akhir tahun ke-1	300.000

Laporan Arus Kas tahun ke-1 dari Wheel

Operasional	
Pendapatan untuk kas	100.000
Pengeluaran dari kas	(100.000)
Arus kas dari operasional	0
Investasi	
Akuisisi aktiva tidak lancar	(100.000)
Penjualan aktiva tidak lancar	0
Investasi kas	0
Pembayaran	
Obligasi	0
Dividen	(100.000)
Kas dari pembayaran	(100.000)
Perubahan kas	(100.000)
Kas—akhir tahun tahun ke-0	100.000
Kas—akhir tahun ke-1	0

Laporan Arus Kas tahun ke-2 dari Wheel

Operasional	
Pendapatan untuk kas	100.000
Pengeluaran dari kas	(100.000)
Arus kas dari operasional	0
Investasi	
Akuisisi aktiva tidak lancar	(100.000)
Penjualan aktiva tidak lancar	0
Investasi kas	0
Pembayaran	
Obligasi	0
Dividen	(100.000)
Kas dari pembayaran	(100.000)
Perubahan kas	(100.000)
Kas—akhir tahun tahun ke-1	0
Kas—akhir tahun ke-2	(100.000)

seberapa baik organisasi mengonversi piutang usaha menjadi uang tunai. Data diambil dari neraca dan laporan laporan rugi-laba untuk menghitung sebagian besar rasio. Meskipun rasio keuangan dapat digunakan untuk mengukur banyak aspek dari sebuah organisasi, mereka tidak boleh digunakan secara terpisah dari laporan keuangan lainnya. Secara umum, rasio keuangan memungkinkan pemakai informasi keuangan untuk membuat perbandingan antara

- Sebuah organisasi dan seluruh industri rata-rata
- Perbedaan dalam sebuah organisasi dari waktu ke waktu (misalnya, bulan, kuartal, tahun)
- Dua atau lebih unit dalam organisasi yang sama (misalnya, apotek dalam jaringan yang sama)
- Dua atau lebih organisasi satu sama lain (misalnya, perbandingan antar perusahaan farmasi jaringan)

Seperti halnya informasi keuangan, analisis rasio keuangan hanya akan valid bergantung dari asalnya. Jika informasi yang terdapat dalam laporan keuangan belum diverifikasi secara independen (diaudit), hasil analisis rasio keuangan kemungkinan tidak akan memberikan penilaian yang akurat kepada pembaca tentang kinerja keuangan organisasi tersebut. Meskipun analisis rasio keuangan dapat memberikan pengetahuan yang berharga mengenai kinerja organisasi mana pun, penting bahwa pemakai rasio keuangan juga menyadari keterbatasan rasio keuangan tersebut:

Rasio keuangan harus dibandingkan dengan titik referensi (seperti nilai historis dari perusahaan yang sama).

Saat menghitung rasio keuangan pada akhir setiap kuartal, ingatlah faktor-faktor musiman yang dapat mendistorsi rasio. Perusahaan menggunakan metode akuntansi yang berbeda untuk mempersiapkan neraca dan laporan rugi-laba. Oleh karena itu, penting sekali untuk memahami bagaimana cara memperoleh nilai-nilai yang digunakan dalam menghitung rasio.

Rasio keuangan diklasifikasikan menurut informasi yang mereka berikan. Tabel 15-6 menyediakan daftar rasio keuangan terpilih yang digunakan dalam berbagai ruang lingkup apotek. Rasio yang berbeda memberikan gambaran kinerja perusahaan yang berbeda dan memenuhi kebutuhan analisis yang berbeda pula. Rasio profitabilitas, rasio likuiditas, dan rasio perputaran dijelaskan di bawah ini. Untuk diskusi lebih lanjut mengenai laporan keuangan lainnya silakan merujuk pada Stickney (1999).

Rasio Profitabilitas

Kita dapat melihat rasio profitabilitas sebagai ukuran keseluruhan dari keberhasilan operasional bisnis sehari-hari karena tujuan pasti dari setiap bisnis adalah menghasilkan keuntungan. Lebih khusus lagi, rasio profitabilitas menyediakan metode untuk mengukur keberhasilan keuangan perusahaan secara keseluruhan. Memeriksa rasio profitabilitas memungkinkan manajer untuk menilai tingkat keberhasilan perusahaan dalam menghasilkan keuntungan. Rasio profitabilitas yang paling umum digunakan adalah *margin laba kotor* dan *margin laba bersih*.

$$\text{Margin laba kotor} = (\text{penjualan} - \text{harga pokok penjualan}) + \text{total penjualan}$$

Dengan mempertimbangkan harga pokok penjualan, rasio ini memberikan informasi mengenai kemampuan perusahaan untuk menghasilkan laba kotor. Rasio margin laba kotor yang tinggi sangat diinginkan karena hal itu menunjukkan ketersediaan dana untuk pengeluaran lain dari perusahaan.

$$\text{Margin laba bersih} = \text{pendapatan bersih (setelah pajak)} + \text{total penjualan}$$

Margin laba bersih menunjukkan fraksi laba bersih yang dihasilkan dari setiap dolar penjualan. Seperti yang disebutkan sebelumnya, sebagai rasio profitabilitas, rasio margin laba bersih dapat digunakan untuk menentukan seberapa baik perusahaan mengelola pengeluaran operasionalnya. Hal ini juga dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dua apotek atau lebih dalam satu jaringan atau untuk menilai kinerja apotek terhadap industri.

$$\text{Return on asset (ROA)} = \text{penghasilan bersih} + \text{rata-rata aktiva total}$$

Rasio ini memberikan informasi mengenai kemampuan perusahaan untuk menghasilkan keuntungan dari penggunaan aktiva perusahaan. Seperti yang disebutkan dalam pendahuluan, keuntungan hanya bisa dihasilkan dari aktiva perusahaan. Oleh karena itu, penggunaan aktiva yang efektif menghasilkan rasio ROA yang tinggi.

$$\text{Return on equity (ROE)} = \text{penghasilan bersih} + \text{rata-rata modal pemilik}$$

Return on equity, juga dikenal sebagai *return on investment* (ROI), adalah ukuran dari seberapa baik perusahaan dapat membuat keuntungan dari dana yang disediakan oleh pemilik atau investor. Tingkat ROE yang tinggi diinginkan karena investor sama dengan perusahaan tertarik untuk memaksimalkan keuntungan mereka. ROA dan ROE kadang-kadang digunakan untuk mengukur kinerja manajer. Semuanya setara, manajer yang membuat keputusan keuangan yang lebih baik akan lebih mampu menghasilkan rasio ROA dan ROE yang lebih tinggi untuk perusahaan mereka.

Rasio Likuiditas

Rasio likuiditas memberikan informasi tentang kemampuan perusahaan untuk memenuhi kewajiban keuangan jangka pendek. Rasio likuiditas yang paling populer adalah rasio lancar (*current ratio*) dan rasio cepat (*quick ratio*).

Rasio lancar adalah rasio dari aktiva lancar dibandingkan dengan kewajiban lancar.

$$\text{Rasio lancar} = \text{aktiva lancar} + \text{kewajiban lancar}$$

Sebuah organisasi dengan rasio lancar yang tinggi memiliki risiko lebih sedikit dalam memenuhi kewajiban keuangannya. Sebagai contoh, memiliki banyak uang tunai di bank dan sedikit Utang (*kewajiban*) untuk dibayar menghasilkan nilai aktiva lancar yang tinggi, nilai kewajiban yang rendah, sehingga memberikan rasio lancar yang tinggi. Walaupun diinginkan nilai rasio lancar yang tinggi, nilai lebih dari 5,0 oleh beberapa orang dianggap terlalu tinggi. Hal ini dapat menjadi tanda dari sebuah perusahaan yang terlalu konservatif, menyimpan terlalu banyak uang di bank tidak menginvestasikannya dengan cara-cara yang dapat membantu perusahaan berkembang (misalnya, membangun apotek baru atau memperluas layanan yang sudah ada). Rasio lancar yang rendah (<2,0) menunjukkan bahwa perusahaan memiliki aktiva lancar yang rendah (terutama uang kas) dibandingkan dengan kewajiban lancar (tagihan yang jatuh tempo dalam waktu 30 hingga 60 hari). Ini bukan posisi yang diinginkan oleh perusahaan mana pun karena ketidakmampuan untuk membayar kewajiban lancar dapat mengakibatkan kebangkrutan.

Alternatif lain dari rasio lancar adalah *rasio cepat* (juga dikenal sebagai *rasio uji cair/acid test*). Rasio cepat didefinisikan sebagai aktiva yang mudah dikonversikan menjadi uang tunai. Oleh karena itu, inventaris dan pengeluaran dibayar dimuka (seperti sewa prabayar dan kebijakan asuransi) tidak dimasukkan dalam perhitungan aktiva. Karena rasio cepat hanya mempertimbangkan aktiva yang mudah dikonversikan menjadi uang tunai (dan oleh karenanya dapat digunakan untuk membayar tagihan, dll.), rasio ini memberikan gambaran yang lebih baik tentang likuiditas perusahaan dan kemampuannya untuk memenuhi kewajiban keuangan.

$$\text{Rasio cepat} = (\text{aktiva lancar} - \text{inventaris} - \text{pengeluaran prabayar}) + \text{kewajiban lancar}$$

Rasio cepat standar yang berusaha diperoleh oleh perusahaan mana pun adalah sekurang-kurangnya 1,0. Secara sederhana dapat dikatakan, bahwa perusahaan yang memiliki rasio cepat lebih besar daripada 1,0 mempunyai aktiva lancar lebih banyak dari kewajiban lancar. Di sisi lain, memiliki rasio cepat kurang dari 1,0 berarti bahwa uang yang ada di perusahaan tidak akan cukup untuk membayar semua kewajiban lancar, khususnya tagihan jangka pendek dan kewajiban lain.

Sekarang, setelah mengetahui pengertian rasio lancar dan rasio cepat, mari kita menghitung kedua rasio itu untuk WHP (lihat Tabel 15-2, tahun ke-1). Rasio lancar pada akhir tahun ke-1 adalah $\$450.000 + \$200.000 = 2,25$, yang tampaknya dapat diterima. Namun, rasio cepat pada akhir tahun ke-1 hanya $\$150.000$ (aktiva lancar-inventaris).

Rasio cepat yang dihasilkan adalah $\$150.000 + \$200.000 = 0,75$. Satu kesimpulan dari perhitungan kedua rasio ini adalah WHP memiliki inventaris yang besar (\$300.000) dan mungkin mengalami kesulitan untuk membayar tagihan jangka pendek. Rasio cepat dengan nilai kurang dari 1 perlu diwaspadai. Contoh ini juga menggambarkan poin bahwa rasio keuangan tidak boleh dipertimbangkan secara terpisah karena rasio tunggal jarang yang memberikan gambaran yang komprehensif mengenai kesehatan keuangan perusahaan.

Rasio Perputaran

Rasio perputaran mengukur efisiensi dari perusahaan dalam menggunakan aktivasnya. Bisa juga disebut sebagai *rasio efisiensi* dan *rasio penggunaan aktiva* (*asset utilization ratio*). Dua hal yang paling umum menggunakan rasio perputaran adalah perputaran inventaris (*inventory turnover*) dan perputaran piutang (*receivable turnover*).

$$\text{Rasio Perputaran inventaris} = \frac{\text{harga pokok penjualan} + \text{rata-rata inventaris}}{\text{harganya}}$$

Rasio perputaran inventaris mengukur seberapa cepat, rata-rata inventaris perusahaan yang terjual. Data untuk rasio ini berasal dari dua laporan keuangan yang berbeda. Harga pokok penjualan (HPP) ditemukan pada laporan rugi-laba, dan rata-rata inventaris berasal dari neraca. Mari kita asumsikan bahwa apotek melaporkan HPP \$1.200.000 untuk tahun tertentu dan rata-rata inventaris sebesar \$100.000 selama tahun itu. Hal ini mengakibatkan perputaran inventaris rasio 12,0. Dengan kata lain, apotek dapat menjual (atau karena itu dapat menggantikan) seluruh inventaris, rata-rata sebulan sekali.

Rasio perputaran inventaris yang rendah (6,0 atau dibawahnya) menunjukkan bahwa inventaris perusahaan terlalu besar untuk operasional dan bahwa uang tunai ada lebih baik dibelanjakan ke hal lainnya daripada diinvestasikan dalam inventaris. Rasio perputaran inventaris tinggi umumnya diinginkan karena hal ini berarti bahwa perusahaan mampu menjual dan menggantikan inventaris dengan efisiensi tinggi dan karena itu menghasilkan pendapatan dan laba yang lebih tinggi. Meskipun rasio perputaran inventaris tinggi umumnya diinginkan, itu juga dapat terjadi karena tidak terjadinya penjualan dan laba jika rata-rata inventaris disimpan terlalu rendah. Ingatlah bahwa seseorang dapat mencapai rasio inventaris yang tinggi dengan inventaris yang kecil. Dengan nilai penyebut yang menurun, rasio akan meningkat, dengan asumsi bahwa hal lainnya tidak berubah. Namun, apotek akan menghadapi kekurangan inventaris yang kronis dalam operasional sehari-hari yang dapat mengakibatkan pasien

beralih ke apotek lain untuk mendapat pelayanan yang lebih baik.

$$\text{Rasio perputaran piutang} = \frac{\text{penjualan kredit} + \text{rata-rata piutang}}{\text{piutang}}$$

Rasio ini mengukur seberapa cepat piutang (uang yang diutangkan organisasi kepada pihak lain) diubah menjadi uang tunai. Rasio perputaran piutang yang tinggi menunjukkan bahwa perusahaan dapat mengumpulkan piutang secara efisien sekaligus mempertahankan jumlah total yang harus dibayar oleh orang lain pada waktu tertentu relatif rendah. Jika Anda membagi rasio perputaran piutang dengan 365, Anda akan memiliki rasio yang dikenal sebagai *rata-rata periode penagihan* (*average collection period*). Periode rata-rata penagihan menunjukkan jumlah hari (rata-rata) penjualan kredit terdapat dalam piutang dagang sebelum ditagih.

Rasio perputaran piutang dan periode rata-rata penagihan sangat penting dalam praktik apotek komunitas. Pada tahun 1950-an dan 1960-an, sebagian besar pengeluaran resep obat dibayar oleh pasien dengan uang tunai dari kantong mereka sendiri. Saat ini, pembayar pihak ketiga [misalnya, asuransi swasta, Medicaid, Medicare Prescription Drug Plans (PDPs)] adalah yang bertanggung jawab untuk membayar sebagian besar belanja obat ini (lihat Bab 16). Tidak seperti pasien, yang membayar ketika mereka mengambil resep di apotek, pembayar pihak ketiga sering memakan waktu hingga 90 sampai 120 hari sebelum mereka membayar ke apotek untuk resep yang dilayani. Periode jeda (*lag*) ini meningkatkan jumlah piutang dan menguras cadangan uang tunai apotek. Ini menjadi masalah yang signifikan bagi apotek independen yang tidak memiliki uang kas dalam jumlah besar untuk menutupi pengeluaran (kewajiban lancar) selama periode ini.

Meskipun farmasis di komunitas telah mempelajari berbagai kontrak dengan pembayar pihak ketiga untuk memastikan bahwa mereka memahami jadwal penggantian pembayaran (*reimbursement*), dalam banyak kasus mereka tidak mampu memengaruhi praktik-praktik pihak ketiga. Sebagai contoh, menjadi penyedia obat untuk pasien Medicaid adalah bisnis yang menguntungkan bagi banyak apotek di seluruh negeri. Akan tetapi, apotek yang dikontrak memiliki pengaruh yang sedikit pada jadwal penggantian pembayaran yang ditetapkan oleh Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

■ LAPORAN KEUANGAN DALAM PRAKTIK FARMASI KOMUNITAS

Laporan keuangan yang digunakan dalam apotek independen hampir sama dengan yang digunakan dalam apotek jaringan.

Manajer dalam komunitas apotek jaringan di komunitas memperhatikan rasio keuangan dan indikator utama yang sama pada neraca dan laporan rugi-laba. Dengan bekal pengetahuan ini, Marco dan Diana memutuskan untuk menghabiskan waktu dengan pemilik WHP guna mendapatkan wawasan yang lebih mendalam tentang penyusunan dan tinjauan laporan keuangan dalam praktik farmasi komunitas.

Hampir semua resep yang dilayani di apotek di komunitas dibayar melalui pembayar pihak ketiga, dan hampir semua dari mereka dilakukan secara *online*. Tabel 15-7 menunjukkan sebagian dari Laporan Pembayaran *Plan* Harian WHP. Seperti yang digambarkan dalam laporan ini, manajer dapat memonitor jumlah resep per hari untuk setiap *plan*, jumlah total yang dibayar oleh setiap pembayar pihak ketiga, total *copayment* oleh pasien, dan biaya total obat yang digunakan dalam resep ini. Dari informasi ini, margin kotor untuk setiap pembayar dapat dihitung (seperti yang ditunjukkan pada kolom terakhir). Inspeksi harian laporan ini mengidentifikasi *plan* dengan tingkat penggantian pembayaran yang rendah. Selain itu, ketika margin kotor yang rendah terdeteksi, manajer memeriksa biaya produksi untuk meracik suatu resep untuk memastikan bahwa apotek telah menerima harga terbaik dari distributor. Hal ini terutama berlaku untuk obat dengan sumber beragam (misalnya, obat generik).

Pendapatan dan pengeluaran dari Laporan Pembayaran *Plan* Harian ini disusun setiap bulan dan dimasukkan ke dalam laporan laporan rugi-laba (biasanya oleh akuntan atau bagian pembukuan perusahaan, bukan oleh farmasis sendiri). WHP memulai tahun fiskal pada tanggal 1 November. Selain laporan laporan rugi-laba dan neraca tahunan, akuntan WHP mempersiapkan laporan rugi-laba dan neraca bulanan untuk memberikan gambaran yang tepat kepada manajer mengenai status keuangan apotek. Sebelum kita meneliti laporan-laporan ini, kita harus mempertimbangkan poin penting tentang penyusunan laporan rugi-laba bulanan.

Pendapatan pada laporan rugi-laba bulanan harus direvisi setelah penggantian pembayaran telah diterima dari pembayar pihak ketiga. Alasan untuk membuat penyesuaian ini adalah

karena sebagian besar pembayar melakukan penyesuaian terhadap setiap klaim dan menarik biaya administrasi apotek. Oleh karena itu, jumlah yang sebenarnya dibayarkan ke apotek untuk resep yang diracik hampir selalu lebih rendah daripada jumlah yang tercantum pada Laporan Pembayaran *Plan* Harian. Jika manajer gagal merevisi pendapatan, laporan rugi-laba akan menunjukkan pendapatan palsu yang lebih tinggi. Hal ini dapat menimbulkan sejumlah konsekuensi yang merugikan bagi apotek, termasuk laporan keuangan tidak akurat dan pajak pendapatan yang lebih tinggi. Dengan kata lain, jika pendapatan dicatat dari penilaian *online*, apotek akan membayar pajak untuk pendapatan yang tidak pernah diterima. Pada umumnya, apotek menerima cek penggantian pembayaran dengan *Explanation of Benefits* (EOB) atau formulir *Pharmacy Reconciliation Report* (PRR). Formulir ini akan menampilkan rincian penggantian pembayaran (yaitu, nama tertanggung, nomor resep, jumlah yang dibayarkan untuk setiap resep, serta semua biaya penyesuaian dan dipotong biaya administrasi). Manajer WHP menunjukkan bahwa untuk setiap \$1.000 pembayaran kembali oleh pihak ketiga, apotek mungkin kehilangan \$30 sampai \$40 untuk administrasi dan biaya lainnya. Ini merupakan 3 sampai 4 persen pengurangan pendapatan yang harus disesuaikan pada laporan rugi-laba.

Tabel 15-8 menunjukkan neraca selama 2 bulan terakhir dari WHP pada tahun fiskal terakhir (September dan Oktober 2007) dan bulan pertama tahun fiskal berikutnya (November 2007). Setelah dilakukan pemeriksaan dengan reliti pada informasi yang ada di Tabel 15-8, diketahui bahwa laba ditahan sebesar \$825.000 pada bulan Oktober berkurang menjadi \$798.000 pada bulan November. Apa yang menyebabkan laba ditahan berkurang \$27.000? Apakah pemilik mendistribusikannya kembali untuk mereka sebagai dividen? Tabel 15-9 menggambarkan laporan laporan rugi-laba selama 2 bulan terakhir dan keseluruhan tahun fiskal 2007. Dalam meneliti laporan rugi-laba tahunan (kolom keempat pada Tabel 15-9), perhatikan bahwa WHP mencatat kerugian sebesar \$27.000. Pada November 2007, kerugian tahun sebelumnya diambil dari laba ditahan. Oleh karena

Laporan Pembayaran <i>Plan</i> Harian WHP untuk Hari Selasa, 2 Januari 2007			
	Total (\$)	Qopay (\$)	Margin Kotor (%)
1. Resep untuk <i>Plan</i> Harian	1.035,80	1.010,18	15
2. Resep untuk <i>Plan</i> Harian	1.035,80	15,00	9
3. Resep untuk <i>Plan</i> Harian	14.165,35	432,16	(5)
4. Resep untuk <i>Plan</i> Harian	1.290,78	562,12	23

itu, tahun fiskal yang baru dimulai dengan kurangnya ekuitas pemegang saham sebesar \$27.000. Akibatnya, penurunan laba ditahan dalam neraca tidak memberikan bukti konkret pada pembaca tentang status kesehatan keuangan apotek. Setelah perubahan laba ditahan pada neraca diketahui, kita harus memeriksa lebih lanjut laporan rugi-laba untuk mendapatkan pemahaman "sesungguhnya" tentang status keuangan apotek.

Melihat laporan rugi-laba pada Tabel 15-9, kita ketahui bahwa WHP mencatat kerugian yang signifikan untuk Oktober 2007. Bila diamati lebih jauh pada pendapatan dan pengeluaran untuk bulan itu, perhatikan bahwa HPP dan pembiayaan total selama bulan Oktober secara signifikan lebih tinggi daripada bulan sebelumnya. Apa yang menyebabkan perubahan dramatis seperti itu hanya dalam satu bulan? Meskipun ada banyak hal yang berpotensi menyebabkan perubahan seperti itu, ingat bahwa Oktober adalah bulan terakhir tahun fiskal WHP. Apotek sering membuat pembelian obat tambahan dan membayar lebih dari pengeluaran mereka sebelum mengakhiri tahun fiskalnya. Banyak manajer percaya bahwa membelanjakan lebih banyak uang pada akhir tahun fiskal memungkinkan mereka untuk memiliki lebih banyak uang tunai sepanjang tahun berikutnya yang digunakan untuk pembiayaan dan investasi. Akan tetapi, perlu diingat bahwa semua pembelian inventaris yang diperlukan dan pengeluaran lain yang terjadi harus dicatat sehingga laba bersih untuk tahun ini tidak meningkat secara palsu. Ini adalah alasan lain mengapa sangat penting untuk mengevaluasi lebih dari satu laporan rugi-laba atau neraca ketika mengevaluasi kinerja keuangan organisasi apa pun.

■ LAPORAN KEUANGAN FARMASI RUMAH SAKIT

Laporan keuangan yang digunakan untuk mengelola instalasi farmasi di rumah sakit seringkali sangat berbeda dari yang digunakan dalam praktik farmasi komunitas. Anggaran untuk instalasi farmasi rumah sakit terutama terdiri dari biaya obat dan tenaga kerja (yaitu, farmasis, teknisi, dan tenaga administrasi) dan merupakan bagian dari anggaran global dari seluruh rumah sakit. Biaya obat umumnya paling besar di antara dua komponen tersebut, walaupun hal ini bervariasi tergantung dari besarnya rumah sakit, instalasi farmasi, dan jenis layanan klinis dan administratif yang disediakan.

Keempat prinsip-prinsip manajemen yang dibahas dalam Bab 2 (yaitu, perencanaan, pengaturan, kepemimpinan, dan kontrol) relevan dalam perencanaan keuangan sebuah instalasi farmasi di rumah sakit. Stabilitas keuangan instalasi bergantung pada perencanaan dan implementasi program manajemen keuangan yang menyangkut keempat prinsip di atas.

Direktur Instalasi Farmasi bertanggung jawab untuk menciptakan kebijakan dan prosedur pengelolaan pengeluaran. Hal berikut termasuk, tetapi tidak terbatas, pembelian kelompok, protokol ulasan penggunaan, dan efektivitas biaya pelayanan farmasi klinis (Goodwin, 1995). Dalam upaya mereka untuk mengelola pengeluaran, direktur instalasi farmasi rumah sakit dihadapkan dengan serangkaian tantangan unik seperti yang terlihat dalam farmasi komunitas. Walaupun semua apotek telah mengalami peningkatan besar dalam biaya produk obat sejak tahun 1990-an (sering lebih besar dari 10 persen per tahun), tidak seperti apotek di komunitas, rumah sakit pada umumnya tidak bisa melebihi harga obat tertinggi bagi konsumen dalam bentuk harga barang-barang dan biaya layanan yang lebih tinggi. Medicare dan pembayar lainnya sering menggunakan sistem pembayaran prospektif di rumah sakit (lihat Bab 16), yaitu pembayaran tetap berdasarkan diagnosis pasien atau jumlah pasien yang mereka setuju untuk diberikan pelayanan selama jangka waktu tertentu. Meskipun apotek di komunitas umumnya dapat meningkatkan keuntungan mereka dengan menjual lebih banyak barang dan layanan, apotek rumah sakit umum tidak dapat "menjual" barang dan jasa, karena pihak pembayar membayar sesuai jumlah yang ditetapkan tanpa memperhitungkan berapa banyak obat yang diberikan kepada pasien atau layanan klinis yang dilakukan. Walaupun apotek-apotek komunitas umumnya dianggap sebagai *pusat keuntungan (profit center)*, instalasi farmasi rumah sakit dianggap sebagai *pusat biaya (cost center)* karena mereka tidak menghasilkan pendapatan secara langsung dan hanya membantu berkontribusi terhadap keseluruhan keuntungan rumah sakit dengan menggunakan terapi obat dan layanan farmasi klinis yang sesuai untuk membantu menurunkan biaya perawatan pasien secara keseluruhan. Direktur instalasi farmasi mengelola kinerja dari pusat biaya ini dengan mengevaluasi laporan keuangan kompleks yang membandingkan nilai aktual dengan nilai yang dianggarkan serta perbedaan antara anggaran dan biaya yang sebenarnya.

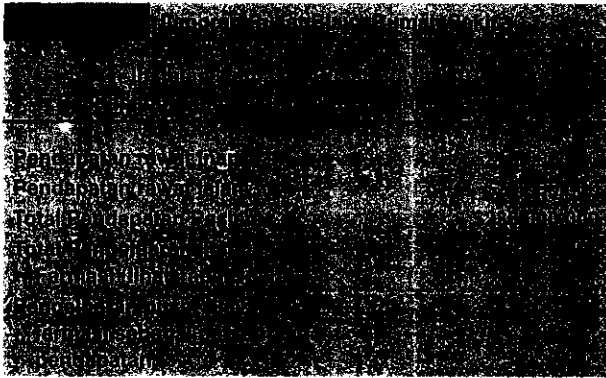
Direktur instalasi farmasi menggunakan laporan pengeluaran yang disiapkan secara bulanan atau mingguan. Dalam laporan ini, semua pengeluaran instalasi farmasi dikategorikan ke dalam setidaknya lima bagian utama. Setiap biaya juga diberikan kode yang unik sehingga tidak hanya instalasi farmasi, tetapi juga kantor pusat akuntansi rumah sakit dapat mengakses dan memantau pengeluaran. Laporan pengeluaran menunjukkan jumlah yang dianggarkan untuk setiap pengeluaran, pengeluaran yang sebenarnya terjadi, perbedaan antara anggaran dan biaya yang dikeluarkan, dan persentase perbedaan. Tabel 15-10 menunjukkan secara singkat, laporan pengeluaran sederhana instalasi farmasi di sebuah rumah sakit perawatan tersier yang besar.

Unsur penting dari analisis biaya keuangan di instalasi farmasi adalah pembuatan laporan penilaian produktivitas.

Neraca Whole Health Partners (WHP)

Account	September 2007 (\$) (1)	October 2007 (\$) (2)	November 2007 (\$) (3)
Accounts Payable	1,500	1,500	1,500
Accounts Receivable	15,000	15,000	15,000
Inventory	25,000	25,000	25,000
Land	10,000	10,000	10,000
Prepaid Insurance	2,000	2,000	2,000
Equipment	20,000	20,000	20,000
Accumulated Depreciation	5,000	5,000	5,000
Common Stock	100,000	100,000	100,000
Retained Earnings	10,000	10,000	10,000
Dividends	0	0	0
Revenue	0	0	0
Cost of Sales	0	0	0
Operating Expenses	0	0	0
Interest Expense	0	0	0
Income Tax Expense	0	0	0
Net Income	0	0	0
Total	100,000	100,000	100,000

KETERANGAN	
1. Jumlah	2. Jumlah
3. Jumlah	4. Jumlah
5. Jumlah	6. Jumlah
7. Jumlah	8. Jumlah
9. Jumlah	10. Jumlah
11. Jumlah	12. Jumlah
13. Jumlah	14. Jumlah
15. Jumlah	16. Jumlah
17. Jumlah	18. Jumlah
19. Jumlah	20. Jumlah
21. Jumlah	22. Jumlah
23. Jumlah	24. Jumlah
25. Jumlah	26. Jumlah
27. Jumlah	28. Jumlah
29. Jumlah	30. Jumlah
31. Jumlah	32. Jumlah
33. Jumlah	34. Jumlah
35. Jumlah	36. Jumlah
37. Jumlah	38. Jumlah
39. Jumlah	40. Jumlah
41. Jumlah	42. Jumlah
43. Jumlah	44. Jumlah
45. Jumlah	46. Jumlah
47. Jumlah	48. Jumlah
49. Jumlah	50. Jumlah
51. Jumlah	52. Jumlah
53. Jumlah	54. Jumlah
55. Jumlah	56. Jumlah
57. Jumlah	58. Jumlah
59. Jumlah	60. Jumlah
61. Jumlah	62. Jumlah
63. Jumlah	64. Jumlah
65. Jumlah	66. Jumlah
67. Jumlah	68. Jumlah
69. Jumlah	70. Jumlah
71. Jumlah	72. Jumlah
73. Jumlah	74. Jumlah
75. Jumlah	76. Jumlah
77. Jumlah	78. Jumlah
79. Jumlah	80. Jumlah
81. Jumlah	82. Jumlah
83. Jumlah	84. Jumlah
85. Jumlah	86. Jumlah
87. Jumlah	88. Jumlah
89. Jumlah	90. Jumlah
91. Jumlah	92. Jumlah
93. Jumlah	94. Jumlah
95. Jumlah	96. Jumlah
97. Jumlah	98. Jumlah
99. Jumlah	100. Jumlah



Sebagian besar direktur instalasi farmasi menyiapkan laporan produktivitas untuk setiap periode pembayaran yang menganalisis jumlah kesetaraan waktu penuh/*full-time equivalents* (FTEs) dan jumlah luaran (seperti pelayanan klinis yang diberikan oleh farmasis). Laporan ini berguna karena memungkinkan manajer untuk menggunakan data historis untuk membuat anggaran dan memantau tren dari waktu ke waktu.

Akhirnya, kepala instalasi farmasi memberi perhatian khusus untuk laporan keuangan eksternal. Asosiasi profesional seperti American Hospital Association dan American Society for Health-System Pharmacists menerbitkan laporan yang menunjukkan tren nasional belanja farmasi dan produktivitas tenaga kerja di rumah sakit (American Hospital Association, 2007; Hoffman et al., 2005). Manajer farmasi dapat mengukur efisiensi operasional mereka dengan membandingkan rasio keuangan mereka dan indikator lainnya dengan rata-rata nasional.

Tabel 15-11 menggambarkan pendapatan total rumah sakit dari pasien pada tahun fiskal 2007. Ini juga menunjukkan biaya total instalasi farmasi dan persentase pendapatan yang dikonsumsi oleh instalasi. Meskipun tidak ditampilkan dalam buku ini, laporan pendapatan/pengeluaran dibuat setiap bulan sehingga pengeluaran pusat biaya dalam bentuk persentase dari total pendapatan dapat dimonitor.

■ KESIMPULAN

Pemahaman tentang konsep-konsep dasar akuntansi dan penyusunan laporan keuangan merupakan pengetahuan yang sangat penting bagi setiap farmasis. Keberhasilan keuangan organisasi apapun bergantung pada pengelolaan dana yang tepat. Mereka yang mengerti bagaimana organisasi membiayai operasional mereka, menghasilkan pendapatan, dan mengalokasikan sumber daya keuangan akan lebih mudah memahami faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan mereka.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Marco menemukan dua farmasis lain yang bersedia untuk berinvestasi dalam pembelian apotek komunitas yang sudah berdiri. Apotek ini telah dibuka selama 2 tahun dan terletak di lobi sebuah klinik rawat jalan yang berafiliasi dengan sebuah rumah sakit dengan 200 tempat tidur. Tahun ini apotek diproyeksikan melakukan penjualan sebesar \$2 juta.
 - a. Untuk mempersiapkan negosiasi pembelian, dokumen keuangan apa saja yang harus diperiksa oleh Marco? Sebutkan indikator keuangan yang spesifik yang harus diperhatikan secara khusus oleh Marco dalam memeriksa dokumen-dokumen tersebut.
 - b. Berdasarkan materi dalam bab ini dan bab lain dalam buku ini, strategi apa yang harus dilakukan oleh Marco untuk meningkatkan jumlah resep, meningkatkan pendapatan apotek, dan memastikan kesuksesan apotek dalam jangka panjang?
2. Beberapa tahun setelah Marco dan rekan-rekannya membeli apotek ini, direktur instalasi farmasi rumah sakit yang berafiliasi dengan apotek tersebut pensiun. Marco memberitahukan hal ini kepada Diana dan mendorong dia untuk melamar posisi itu. Diana mulai memperbarui resumennya dan menyiapkan surat lamaran.
 - a. Jenis pertanyaan apa yang harus ditanyakan oleh Diana selama wawancara untuk mendapatkan informasi tentang status keuangan instalasi farmasi? Indikator keuangan utama apa yang harus diberitahukan oleh administrasi rumah sakit kepada Diana untuk meyakinkan dirinya tentang kekuatan keuangan instalasi farmasi?
 - b. Berdasarkan materi dalam bab ini dan bab-bab lain dalam buku ini, strategi apa yang harus ditetapkan oleh Diana untuk memastikan kesuksesan instalasi farmasi dalam jangka panjang?

■ GLOSARIUM

Obligasi Tipe utang jangka panjang dalam sekuritas yang umumnya diterbitkan oleh perusahaan atau pemerintah untuk menghasilkan uang. *Nilai kupon* adalah nilai bunga yang dibayarkan kepada para pemegang obligasi. *Jatuh tempo* adalah ketika nilai nominal obligasi akan dibayarkan kepada para pemegang obligasi.

Pusat Biaya Unit dari organisasi yang dari unit tersebut terdapat biaya yang tercatat dan dianalisis. Secara umum, pusat biaya menambah biaya keseluruhan dari organisasi, tetapi berkontribusi pada keuntungan organisasi secara

tidak langsung. Beberapa contoh pusat biaya adalah pusat layanan pelanggan serta departemen penelitian dan pengembangan.

Dividen Distribusi pembagian pendapatan bersih perusahaan kepada para pemegang saham.

Rasio lancar Rasio likuiditas yang mencerminkan kemampuan perusahaan untuk memenuhi obligasi jangka pendek.

Rasio cepat Rasio likuiditas yang mencerminkan kemampuan perusahaan untuk memenuhi obligasi jangka pendek dengan sebagian besar aktiva lancarnya.

Perputaran inventaris Sebuah rasio yang mencerminkan berapa kali dalam tahun fiskal tertentu inventaris apotek dijual dan diganti.

Perputaran piutang Rasio yang mencerminkan kemampuan apotek untuk mengumpulkan Utang dan memperluas kredit kepada para pelanggannya.

Margin laba kotor Juga dikenal sebagai *margin bruto*, merupakan jumlah uang yang tersisa di suatu perusahaan setelah harga pokok penjualan dikurangi dari pendapatan. Hal ini mencerminkan kemampuan perusahaan untuk membayar biaya-biaya lain.

Margin laba bersih Rasio profitabilitas yang menunjukkan pembagian laba bersih yang dihasilkan untuk setiap dolar dari penjualan. Hal ini dihitung dengan membagi pendapatan bersih setelah pajak dengan total penjualan.

Return on asset Sebuah rasio profitabilitas yang mencerminkan kemampuan perusahaan untuk menghasilkan pendapatan bersih sebagai persentase dari total aset.

Return on equity Sebuah rasio profitabilitas yang mencerminkan kemampuan perusahaan untuk menghasilkan pendapatan bersih sebagai persentase dari total investasi oleh pemegang saham.

■ UCAPAN TERIMAKASIH

Pertama, saya ucapkan terima kasih kepada asisten administrasi saya, Tuan David Yaeger, untuk usaha dan kerja samanya dalam penyusunan naskah ini. Saya ingin berterima kasih kepada Dr Paulus Norris, direktur farmasi di Loma Linda University Medical Center, dan Dr Robert Beeman, pemilik Apotek Beeman di San Bernardino, CA, atas bimbingannya. Akhirnya, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada Emillie Hanlon dan Si Khanh Nguyen, mahasiswa farmasi di Loma Linda University, atas pemikirannya dan kontribusinya.

REFERENSI

- American Hospital Association. 2007. Tersedia di www.aha.org; diakses pada 12 November, 2007.
- Bodie Z, Kane A, Marcus A. 2007. *Investments*. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
- Brealy R, Myers S. 2007. *Principles of Corporate Finance*. 6th ed. New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Financial Accounting Standards Board. 2007. Tersedia di www.fasb.org; diakses pada 12 November, 2007.
- Goodwin H. 1995. ASHP guidelines: Minimum standards for pharmacies in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm* 52:2212.
- Hoffman J, Hontz K, Hunkler R, Shah N. 2005. Projecting future drug expenditures 2005. *Am J Health-Syst Pharm* 62:149.
- Stickney C, Weil R. 1999. *Financial Accounting: An Introduction to Concepts, Methods, and Uses*, 9th ed. New York: Harcourt.
- United States Department of the Treasury, Internal Revenue Service. 2007. Tersedia di www.irs.gov; diakses pada 12 November, 2007.
- United States Securities and Exchange Commission. 2007. Tersedia di www.sec.gov; diakses pada 12 November, 2007.

PERSOALAN PEMBAYAR PIHAK KETIGA

Julie M. Urmie

Tentang penulis: Dr. Urmie adalah Asisten Profesor di Clinical and Administrative Pharmacy Division di University of Iowa College of Pharmacy. Beliau menerima gelar B.S. dalam bidang farmasi dari University of Wisconsin dan bekerja sebagai farmasis di komunitas sebelum kembali ke University of Wisconsin untuk melanjutkan kuliah sehingga beliau menerima gelas M.S. di bidang farmasi administrasi dan Ph.D. dalam ilmu sosial dan administratif dalam farmasi. Minat pengajarannya termasuk asuransi dan penggantian biaya di apotek, asuransi kesehatan, sistem perawatan kesehatan di Amerika Serikat, dan manajemen farmasi. Bidang utama penelitiannya adalah asuransi obat resep dan kecenderungan konsumen yang berhubungan dengan pemanfaatan perawatan kesehatan.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendiskusikan sejarah penggantian biaya dari pihak ketiga untuk obat resep dan dampaknya terhadap manajemen farmasi.
2. Memahami prinsip-prinsip dasar penggantian biaya dari pihak ketiga untuk obat resep dan mendefinisikan terminologi penggantian yang umum digunakan.
3. Mengevaluasi dampak keuangan penggantian biaya pihak ketiga di farmasi menggunakan perbandingan rata-rata laba bersih, analisis diferensial, dan analisis pro forma.
4. Mengidentifikasi berbagai faktor lain yang harus dipertimbangkan oleh seorang manajer farmasi ketika mengevaluasi kontrak dengan pihak ketiga.
5. Mendiskusikan isu-isu yang terkait dengan penggantian biaya dari pihak ketiga untuk obat resep.

■ SKENARIO

Marcie Hawkins, seorang farmasis yang baru saja dipromosikan menjadi manajer farmasi di Good Service Pharmacy, membuka suratnya dan melihat bahwa Asuransi Better Health telah mengirimkan sebuah kontrak baru. Better Health adalah asuransi bagi kurang lebih 20 persen pasien di Good Service Pharmacy, jadi Marcie sangat ingin melihat berapa nilai penggantian biaya (*reimbursement*) yang baru. Setelah membaca, Marcie kecewa ketika menemukan bahwa nilai penggantian yang baru dari Asuransi Better Health lebih rendah 20% dari Average Wholesaler Price (AWP) plus ongkos peracikan \$1,00. Ini adalah penurunan besar dari sebelumnya 15 persen lebih rendah dari AWP ditambah ongkos peracikan resep \$ 2,50, dan angka baru ini adalah yang paling rendah di antara semua pihak ketiga yang ada di Good

Service Pharmacy. Marcie tahu bahwa dengan menandatangani kontrak ini akan menurunkan margin keuntungan apotek, dan ia bertanya-tanya apakah sebaiknya menolak kontrak saja. Lagipula, sinyal apa yang nantinya akan ditangkap oleh pihak asuransi lain dan Pharmaceutical Benefit Managers (PBM) jika dia menerima harga penggantian biaya yang rendah ini? Good Service Pharmacy mungkin akan menjadi "Apotek Dengan Layanan Buruk" atau bahkan bangkrut jika semua kontrak perusahaan pihak ketiga memiliki nilai rendah seperti itu. Lalu Marcie ingat Mrs. Anderson, seorang wanita 78 tahun dengan Asuransi Better Health yang telah menjadi pelanggan Good Service Pharmacy selama lebih dari 20 tahun. Marcie telah menghabiskan banyak waktu selama bertahun-tahun berbicara dengan Mrs. Anderson tentang obat yang digunakannya dan dia tidak bisa membayangkan harus mengatakan bahwa apotek Good Health tidak lagi menerima asuransinya. Marcie juga khawatir tentang dampak keuangan yang akan dialami akibat kehilangan 20 persen pasien jika dia menolak kontrak. Sebagai manajer apotek, Marcie tahu bahwa memang kewajibannya untuk membuat keputusan tentang kontrak itu, tetapi sebagai manajer baru, ia khawatir tentang bagaimana membuat suatu keputusan tepat yang menyeimbangkan kebutuhan keuangan apotek dengan pertimbangan lainnya. Marcie ingin mengetahui:

1. Berapa banyak perubahan penggantian biaya akan memengaruhi laba bersih pada rata-rata resep asuransi Better Health? Apakah apotek akan mengalami kehilangan uang pada setiap resep asuransi Better Health yang dilayani?
2. Apakah keuangan apotek akan lebih baik dengan menerima atau menolak kontrak? Bagaimana Anda menentukan apakah lebih buruk untuk menerima tarif penggantian biaya yang sangat rendah atau kehilangan sekitar 20 persen volume resep Anda?
3. Apa faktor lain yang perlu dipertimbangkan? Bisakah kontrak dinegosiasi ulang? Selain resep, apa barang dan jasa lain yang dibeli oleh pelanggan Better Health? Berapa banyak pelanggan Better Health yang akan meninggalkan apoteknya jika ia menolak kontrak, dan berapa banyak kerugian bisnis (baik resep dan barang lain serta jasa) yang juga terjadi.
4. Good Service Pharmacy sangat mungkin akan kehilangan pendapatan di masa mendatang karena menurunnya uang dari setiap resep jika menerima kontrak dan akan kehilangan pelanggan jika menolak kontrak. Apakah ada cara lain bagi apotek untuk mengatasi pendapatan yang hilang? Apakah ada biaya yang bisa dikurangi?

■ GAMBARAN PENGARUH PENGgantian BIAYA OLEH PIHAK KETIGA DI APOTEK

Skenario ini merupakan kejadian umum di apotek dengan segala ukuran dan jenis di seluruh negeri. Manajer dan pemilik apotek dipaksa untuk membuat keputusan sulit mengenai apakah akan menerima atau menolak *plan* pihak ketiga; farmasis dan pasien berhadapan dengan konsekuensi keputusan tersebut. *Pihak ketiga* didefinisikan sebagai organisasi yang memberikan penggantian (reimbursement) kepada apotek atau pasien untuk seluruh atau sebagian dari biaya obat resep dari pasien. Penting bagi seorang manajer farmasi dan farmasis untuk memahami pengaruh pihak ketiga pada operasional apotek karena saat ini banyak resep di apotek yang dibayar oleh pihak ketiga.

Apotek memiliki pasien pihak ketiga dan pasien pembayar-pribadi. Pasien pembayar-pribadi, yang kadang-kadang disebut sebagai *pasien tunai* (*cash patient*), adalah mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan atau mereka yang memiliki asuransi kesehatan yang tidak mencakup obat resep. Dari perspektif apotek, pasien yang membayar obat langsung ke apotek untuk resep mereka dan kemudian diganti oleh perusahaan asuransi mereka sering tidak terbedakan dari pasien pembayar-pribadi. Jenis asuransi obat resep seperti ini, disebut *asuransi ganti rugi* (*indemnity insurance*), dulunya umum digunakan, tetapi sekarang telah diganti sebagian besar oleh *plan manfaat jasa* (*service benefit plan*). Di bawah *plan* manfaat jasa, pasien dapat membayar sebagian dari biaya resep yang sudah ditentukan ke apotek, tetapi apotek mendapat penggantian langsung oleh pihak ketiga untuk sebagian besar sisa biaya resep.

Pihak ketiga bisa jadi instansi negeri ataupun swasta. Pihak ketiga swasta biasanya adalah perusahaan asuransi, meskipun pihak swasta lainnya kadang-kadang membayar untuk resep pasien. Sebagai contoh, beberapa industri farmasi menyediakan resep gratis atau diskon melalui program peduli kaum tidak mampu. Pihak ketiga instansi negeri adalah entitas pemerintah yang membayar resep melalui program pemerintah, untuk contoh, Medicaid, Medicare Part D, atau program bantuan obat resep negara bagian untuk lanjut usia. Medicaid adalah program untuk menyediakan perawatan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini didanai bersama oleh pemerintah federal dan negara bagian, dengan tiap-tiap negara bagian menentukan sendiri angka penggantian biaya obat resepnya. Medicare, program pemerintah yang menyediakan asuransi kesehatan untuk

orang tua dan cacat, menerapkan secara sukarela Medicare Part D resep obat bagi pasien rawat jalan di bulan Januari 2006. Medicare Part D telah berdampak signifikan terhadap apotek karena banyak mantan pasien pembayar-pribadi yang sekarang memiliki penjaminan asuransi Part D. Medicare Part D adalah campuran pihak ketiga negeri dan swasta karena pemerintah yang mengatur manfaatnya, tetapi pihak ketiga swasta yang memberikannya. Lihat Bab 17 untuk penjelasan lebih lanjut tentang manfaat obat Medicare yang baru.

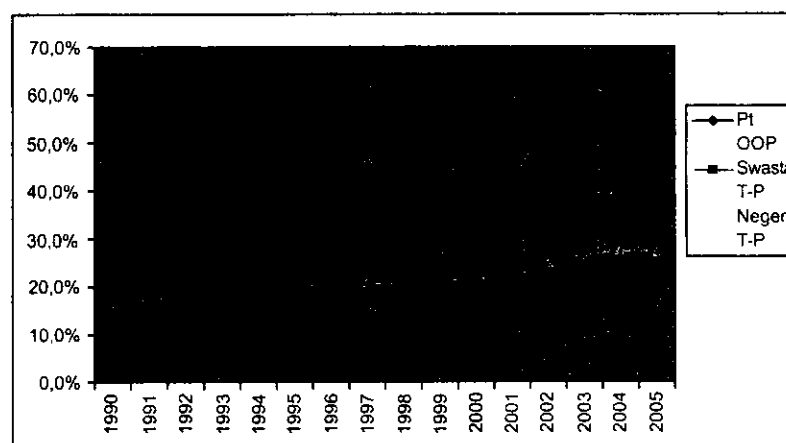
Banyak pihak ketiga menyewa manajer manfaat farmasi (*Pharmacy Benefit Manager*, PBM) untuk melakukan pemrosesan klaim resep dan jasa lainnya. Contoh pihak ketiga yang menyewa PBM adalah perusahaan asuransi, pengusaha, *plan* resep obat Medicare, dan program Medicaid negara bagian. PBM membangun jaringan apotek sebagai bagian dari jasa manajemen-klaim mereka sehingga banyak kontrak pihak ketiga farmasi yang melibatkan PBM. Contoh layanan lain yang disediakan oleh PBM mencakup melakukan negosiasi rabat dengan industri farmasi, desain manfaat obat, pengembangan formularium dan manajemen, manajemen penggunaan obat, dan manajemen penyakit/kasus. Beberapa PBM juga menawarkan layanan *mail-order* apotek.

Dua dekade terakhir telah menjadi masa pertumbuhan yang pesat dalam pembayaran resep oleh pihak ketiga. Persentase biaya resep diganti oleh pihak ketiga meningkat dari 41,0 persen pada tahun 1990 menjadi 74,6 persen pada tahun 2005 (Gambar 16-1). Sebagian besar pertumbuhan itu dalam pembayaran pihak ketiga swasta, tetapi ada juga sedikit peningkatan dalam pembayaran pihak ketiga negeri. Meskipun data dari tahun 2006 saat ini tidak tersedia, dimulainya Medicare Part D menghasilkan peningkatan persentase pembayaran pihak ketiga yang cukup signifikan. Persentase resep yang dibayarkan oleh pihak ketiga lebih

tinggi daripada persentase belanja resep obat yang dibayar oleh pihak ketiga. Pada tahun 2006, 24 persen resep yang diracik oleh apotek mandiri merupakan resep Medicare Part D, 15 persen resep Medicaid, dan 52 persen resep pihak ketiga lainnya (NCPA-Pfizer Digest, 2007).

Pergeseran yang terjadi ke arah lebih banyaknya pembayaran oleh pihak ketiga untuk obat resep telah berdampak signifikan pada manajemen farmasi. Apotek menentukan berapa harga yang dibebankan kepada pasien pembayar-pribadi, tetapi seperti yang nanti akan dibahas dengan lebih rinci dalam bab ini, pihak ketiga menetapkan tarif penggantian biaya yang akan mereka bayar ke apotek untuk resep. Apotek biasanya tidak diperbolehkan untuk membebankan lebih tinggi dari nilai penggantian yang ditetapkan sehingga, dalam prakteknya, harga obat resep ditentukan oleh pihak ketiga. Hal ini mengurangi fleksibilitas yang dimiliki oleh pemilik apotek dan manajer untuk menentukan harga obat resep yang dilayani di apotek mereka. Pemilik dan manajer memutuskan kontrak pihak ketiga mana yang diterima, tetapi setelah kontrak diterima, harga ditentukan oleh kontrak antara apotek dan pihak ketiga.

Sebuah kekhawatiran yang signifikan dalam apotek adalah mengenai tarif penggantian yang ditentukan dalam kontrak tersebut. Pada tahun 2000, rata-rata penggantian pihak ketiga untuk resep adalah 15 persen lebih rendah dari yang akan dibayar oleh pasien tanpa penggantian pihak ketiga (USDHHS, 2000). Perbedaan ini mungkin telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir karena pihak ketiga terus menurunkan tarif penggantian mereka. Ada juga perbedaan besar dalam tarif penggantian diantara pihak ketiga. Misalnya, banyak program Medicaid negara bagian tertentu yang mengganti dengan harga jauh lebih baik daripada pembayar pihak ketiga swasta.



Gambar 16-1. Pengeluaran obat resep U.S berdasarkan sumber pembiayaan, 1990-2005. Sumber: Data diperoleh dari Centers for Medicare and Medicaid Service di <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/>. Catatan: PT OOP adalah pengeluaran langsung dari konsumen untuk obat resep. Termasuk resep yang tidak dijamin oleh pihak ketiga dan biaya yang dijamin pasien bersama pihak ketiga.

Asuransi dan PBM biasanya memiliki jaringan apotek yang membuat apotek harus menerima tarif penggantian pihak ketiga agar dapat berpartisipasi dalam jaringan itu. Kebanyakan asuransi dan PBM mengharuskan pasien mendapatkan resep mereka dari sebuah jaringan apotek, walaupun beberapa dari mereka akan membiarkan pasien menggunakan apotek di luar jaringan, tetapi meminta pasien untuk membayar resep mereka lebih banyak. Dorongan terhadap pasien untuk menggunakan jaringan apotek ternyata memberikan tekanan yang besar terhadap apotek untuk berpartisipasi dalam jaringan pihak ketiga. Di suatu daerah biasanya terdapat banyak apotek tetapi hanya sedikit pihak ketiga, yang akhirnya membuat tiap-tiap pihak ketiga memiliki daya tawar lebih daripada apotek karena sebagian besar apotek lebih membutuhkan untuk menjadi bagian dalam jaringan dibandingkan pihak ketiga membutuhkan apotek tertentu berada dalam jaringan mereka. Namun, ada beberapa bukti bahwa daya tawar bervariasi antar apotek (Brooks, Doucette, dan Sorofman, 1999). Apotek jaringan yang besar, begitu juga dengan apotek yang melayani wilayah geografis yang luas, cenderung memiliki daya tawar yang lebih tinggi dibandingkan apotek tunggal mandiri atau apotek yang bersaing dengan banyak apotek di sebuah daerah kecil. Standar akses apotek yang disyaratkan oleh Medicare untuk *plan* obat resep yang ada dalam Part D dapat meningkatkan daya tawar apotek yang berlokasi di area yang tidak ada apotek lainnya. Misalnya, jika hanya ada satu apotek di daerah pedesaan di Iowa, dan standar akses membutuhkan setidaknya satu apotek jaringan di bagian Iowa maka apotek harus bisa menegosiasikan nilai penggantian yang lebih baik.

Keprihatinan lain yang terkait dengan resep pihak ketiga adalah bahwa mereka umumnya lebih mahal dibandingkan resep pembayar-pribadi karena adanya langkah-langkah tambahan yang terlibat dalam pelayanan resep pihak ketiga (Carroll, 1991; Huey, Jackson, dan Pirl, 1995; Schafer Meyer et al., 1992). Untuk resep pihak ketiga, staf apotek harus memverifikasi kelayakan pasien, menyerahkan dan menyelesaikan klaim, menunggu pembayaran, dan menyesuaikan dengan aturan dan persyaratan pihak ketiga, seperti formularium. Berurusan dengan masalah pihak ketiga menghabiskan kira-kira 20 persen waktu personel apotek (NACDS, 1999). Memahami dan mengetahui bagaimana cara menghitung biaya meracik resep adalah alat manajerial yang penting dan akan dibahas dengan lebih rinci nanti dalam bab ini.

Penggantian pihak ketiga yang lebih rendah ditambah lagi dengan ongkos peracikan resep pihak ketiga yang lebih tinggi berarti membuat rata-rata laba bersih dari resep pihak ketiga yang lebih rendah dibandingkan dengan resep yang dibayar sendiri. Ini berarti bahwa pemilik apotek dan manajer harus mengevaluasi dengan cermat dampak keuangan saat

menerima kontrak pihak ketiga. Alat untuk evaluasi ini akan dibahas lebih lanjut dalam bab ini. Manajer apotek juga perlu mempertimbangkan faktor-faktor non-finansial yang lain ketika memutuskan membuat kontrak dengan pihak ketiga, dan faktor-faktor ini juga akan dibahas dalam bab ini.

■ PENGGANTIAN PIHAK KETIGA UNTUK OBAT RESEP

Tarif penggantian, atau harga penggantian, untuk resep pihak ketiga didasarkan pada rumus tarif penggantian yang ditentukan dalam kontrak antara apotek dan pembayar pihak ketiga. Rumus tarif penggantian umumnya terdiri dari dua bagian: bagian biaya produk (*product cost portion*) dan ongkos peracikan. *Porsi biaya produk* dimaksudkan untuk membayar apotek untuk biaya produk obat, dan *ongkos peracikan* dimaksudkan untuk menutupi biaya meracik resep. Tarif penggantian total (biaya produk + ongkos peracikan) harus lebih tinggi daripada biaya untuk memperoleh dan meracik obat agar dapat memberikan keuntungan bagi apotek. Pada kenyataannya, saat ini sebagian besar kontrak pihak ketiga memberikan penggantian produk yang lebih tinggi dari biaya aktual apotek untuk memperoleh obat, tetapi memberikan biaya untuk meracik resep yang lebih kecil dari sebagian besar biaya aktual apotek. Kecenderungan untuk penggantian biaya produk yang lebih tinggi dapat berubah ketika pembayar pihak ketiga seperti Medicaid menggunakan penggantian berbasis rata-rata harga produsen (*Average Manufacturer Price*, AMP) yang akan dijelaskan lebih lanjut dalam bab ini.

Sebagian besar kontrak pihak ketiga menyatakan bahwa tarif penggantian resep adalah yang lebih rendah dari dua harga: (1) harga dari rumus tarif penggantian dan (2) harga apotek yang lazim dan sesuai kebiasaan (*usual & customary*, U&C). Harga U&C, juga disebut sebagai *harga tunai*, adalah harga yang dikenakan apotek kepada pasien pembayar-pribadi.

Untuk memahami porsi biaya produk dari rumus tarif penggantian membutuhkan pemahaman dari sederet akronim. Daftar istilah penggantian yang umum digunakan, akronim, dan definisinya disajikan pada Tabel 16-1. *Actual acquisition cost* (AAC) adalah harga yang dibayar apotek untuk membeli produk obat. Pihak ketiga ingin penggantianannya berdasarkan pada AAC, tetapi mereka tidak dapat melakukannya karena AAC adalah informasi eksklusif milik apotek yang tidak diungkapkan kepada pihak ketiga. AAC juga bervariasi antar apotek dan mungkin sering berubah, sehingga secara administratif sulit untuk menjadikannya sebagai dasar penggantian. Akibatnya, porsi biaya produk dari tarif penggantian pihak ketiga adalah perkiraan AAC dan disebut *estimated acquisition cost* (EAC).

Actual Acquisition Cost (AAC)	Harga yang dibayar apotek ke pedagang besar obat atau produsen untuk mendapatkan produk obat.
Actual Manufacturer Price (AMP)	Harga rata-rata yang diterima oleh produsen dari pedagang besar untuk obat yang didistribusikan ke fasilitas perdagangan. Harga ini digunakan untuk menjadi hak pemilik tetapi dengan ketentuan Act tahun 2005 mengharuskan Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) membuat AMP tersedia secara publik.
Actual Net Patient Price (ANPP)	Dana yang harus dikeluarkan pedagang besar obat ke apotek. Ini adalah perbedaan antara harga pembelian dan diskon yang diberikan oleh pedagang besar ke apotek.
Best Price (BP)	Harga yang paling murah yang ditawarkan kepada pedagang besar obat dari produsen.
Best Price Plus (BPP)	Best Price ditambah 3% atau 6% tergantung pada volume pembelian. Pada umumnya adalah rata-rata harga yang diberikan oleh produsen kepada produsen.
Wholesale Acquisition Cost (WAC)	Dana harga yang dibayar oleh pedagang besar obat kepada pedagang besar obat. Ini adalah perbedaan yang signifikan antara harga pembelian dan harga produsen ke pedagang besar obat.

Contoh 1: Rumus Penggantian Menggunakan AWP

AWP - 18% + \$ 2,00 ongkos peracikan

Contoh 2: Formula Penggantian Menggunakan WAC

EAC untuk obat generik kadang-kadang ditentukan secara berbeda dari EAC untuk obat dengan nama dagang. AWP adalah perkiraan dari AAC yang sangat tidak akurat untuk obat generik karena, sebagaimana disebutkan sebelumnya, apotek membeli produk obat generik dengan diskon besar dari harga AWP. Harga untuk obat generik yang sama juga sering sangat bervariasi antar industri obat generik yang berbeda. Salah satu cara untuk menangani masalah ini adalah dengan memiliki rumus tarif penggantian berbeda untuk obat generik yang memang memiliki diskon yang lebih besar dari AWP dibandingkan dengan obat bermerek.

Sebuah metode alternatif digunakan untuk menentukan biaya maksimum yang diizinkan (*Maximum allowable cost*, MAC) untuk setiap produk generik. MAC adalah biaya rata-rata untuk mendapatkan produk obat generik. Pemerintah federal menghitung dan menerbitkan daftar

MAC untuk produk obat generik tertentu. Beberapa pihak ketiga menggunakan daftar MAC federal, dan beberapa dari mereka membuat daftar MAC mereka sendiri. MAC juga dapat digunakan untuk semua obat multisumber dalam beberapa *plan* pihak ketiga. *Obat multisumber* adalah produk yang memiliki minimal satu generik lain yang setara. Dalam hal ini, MAC adalah tarif penggantian, baik untuk produk bermerek maupun obat generik yang setara. Hasil dari jenis kebijakan MAC ini adalah bahwa apotek perlu mengetahui perbedaan antara MAC dan biaya obat bermerek dari pasien jika meminta produk bermerek.

Deficit Reduction Act tahun 2005 membuat perubahan penggantian berdasarkan *Average Manufacturer Price* (AMP) untuk daftar MAC multisumber mereka. AMP didefinisikan sebagai harga rata-rata yang diterima oleh produsen dari pedagang besar agar obat didistribusikan ke kelas ritel perdagangan. *Kelas perdagangan ritel* mengacu pada entitas yang membeli obat-obatan untuk dijual ke masyarakat umum. Berdasarkan peraturan pemerintah yang final mengenai AMP, kelas ritel ini termasuk apotek jaringan, apotek independen, dan apotek *mail-order*, tetapi tidak termasuk entitas lain seperti fasilitas perawatan jangka panjang dan PBM. Perubahan dari penggantian obat generik yang berbasis AWP ke AMP dalam program Medicaid diperkirakan akan mengurangi secara signifikan penggantian untuk obat resep generik di bawah Medicaid. Ada kemungkinan bahwa di masa depan, pihak ketiga lainnya juga akan beralih ke penggantian berbasis AMP, itu adalah sebuah tren yang akan memerlukan perhatian lebih dari profesi farmasi.

Seperti disebutkan sebelumnya, ongkos peracikan dimaksudkan untuk menutupi biaya meracik sebuah resep. Pada kenyataannya, penentuan ongkos peracikan agak sewenang-wenang, dan jumlah biaya biasanya lebih rendah dari ongkos peracikan sebenarnya. Sebagai contoh, sebuah studi di tahun 2007 melaporkan bahwa biaya rata-rata peracikan per resep adalah \$ 10,50 (Thornton, 2007), tetapi ongkos peracikan sering berada di kisaran \$ 0,50 menjadi \$ 6, dan ongkos yang lebih tinggi biasanya terdapat pada program Medicaid dari negara bagian. Dalam beberapa kasus, ongkos peracikan yang tinggi akan dibayar untuk jenis produk obat tertentu (misalnya, obat generik atau obat-obatan yang terdapat dalam formularium pihak ketiga). Beberapa pihak ketiga kadang kala membayar "bonus" ongkos peracikan atau insentif lainnya jika apotek berhasil memenuhi tujuan kinerja tertentu (misalnya, angka peracikan obat generik terpilih atau angka kepatuhan formularium). Sebagai contoh, diasumsikan bahwa pihak ketiga membayar bonus ongkos peracikan \$0,50 jika angka peracikan generik di apotek untuk kuartal tersebut adalah 55 persen. Jika apotek meracik 6.000 resep pihak ketiga dan 3.400 dari resep tersebut adalah generik (angka peracikan generik 56,7 persen), pihak ketiga akan mengganti apotek tambahan \$3.000 secara retrospektif ($\$0,50 \text{ per resep} \times 6.000$).

■ MENGEVALUASI DAMPAK KEUANGAN TERHADAP PENGGANTIAN OLEH PIHAK KETIGA

Bagian ini menjelaskan beberapa cara untuk melihat bagaimana penggantian pihak ketiga memengaruhi kinerja keuangan apotek. Meskipun faktor lain juga penting dan akan dibahas nanti dalam bab ini, adalah penting untuk memahami dampak dari *plan* pihak ketiga yang berbeda terhadap laba bersih apotek. Salah satu langkah penting dalam mengevaluasi kontrak pihak ketiga ini untuk mengetahui keuntungan bersih rata-rata per resep. Sebuah perbandingan laba bersih rata-rata dapat digunakan untuk mengevaluasi dampak dari perubahan *plan* penggantian pihak ketiga tertentu atau untuk mengevaluasi tarif penggantian seluruh *plan* pihak ketiga dan resep yang dibayar sendiri. Bagian penting dari analisis ini adalah menghitung biaya rata-rata peracikan resep.

Teknik evaluasi lain yang akan dibahas adalah analisis diferensial karena menyadari bahwa terdapat banyak biaya tetap di apotik. Analisis ini memperhitungkan fakta bahwa seiring meningkat atau menurunnya volume resep, banyak jenis pengeluaran biaya apotek yang mengalami sedikit perubahan. Terakhir, analisis pro forma akan dibahas. Faktor analisis ini dilakukan dalam volume resep dan *plan* pihak ketiga yang berbeda dan mencakup unsur-unsur dari elemen analisis diferensial dan perbandingan laba bersih rata-rata.

Menghitung Ongkos Peracikan Resep

Alat dari manajemen farmasi mendasar adalah menghitung biaya rata-rata peracikan resep. Biaya meracik mencakup *pembagian yang adil* untuk semua biaya apotek yang berhubungan dengan peracikan resep lebih dari dan di atas biaya produk obat. Mengetahui ongkos peracikan diperlukan untuk mengevaluasi kontrak pihak ketiga, dan juga berguna dalam pelacakan pengeluaran apotek. Biaya dapat dipisahkan menjadi dua jenis biaya: tetap dan variabel. *Biaya tetap* merupakan biaya yang tidak berubah karena perubahan volume resep (misalnya, sewa, lisensi apotek, dan penyusutan). Variasi dari biaya tetap adalah biaya semit tetap yang hanya berubah dengan perubahan besar dalam volume resep. Contoh dari biaya semit tetap adalah biaya pegawai farmasis. Farmasis tidak akan dipekerjakan atau dipecat karena perubahan kecil dalam volume resep, tetapi kalau ada perubahan besar dalam volume resep, mungkin perlu untuk mengubah jumlah farmasis yang dipekerjakan oleh apotek atau mengurangi jam praktek (misalnya, jam penuh ke paruh waktu). *Biaya variabel* merupakan biaya yang berubah secara langsung ketika terjadi perubahan volume resep (misalnya, botol resep). Ketika membahas analisis diferensial, perlu diidentifikasi pula biaya variabel rata-rata untuk meracik resep.

Menghitung Ongkos Rata-rata Peresepan dari Resep

Biaya-biaya yang berhubungan dengan departemen resep

Salah satu alokasi antara departemen resep dan bagian lain dari apotek. Beban ini biasanya dialokasikan berdasarkan jumlah resep yang dihasilkan departemen resep. Marcie Hawkins, manajer apotek di Good Service Pharmacy, memperkirakan bahwa 10-15 persen waktunya di departemen resep. Dia yakin bahwa farmasis dan asisten farmasis menghabiskan 10-15 persen waktunya di departemen resep. Oleh karena itu, mereka dialokasikan di ongkos peresepan. Para pekerja farmasi lainnya, seperti perawat, teknisi, dan staf administrasi, menggunakan persentase dari informasi yang diberikan kepada departemen resep. Jumlah informasi yang diberikan kepada departemen resep adalah \$

yang berhubungan dengan departemen resep yang harus dialokasikan 100 persen untuk departemen resep. Good Service Pharmacy. Biaya-biaya yang tercantum dalam Laporan Rugi-laba adalah botol resep dan komputer, masing-masing sebesar \$ 17.250. Biaya-biaya langsung lainnya yang mungkin muncul dalam sebuah Laporan Rugi-laba adalah biaya gaji farmasis profesional, biaya pendidikan berkelanjutan, biaya asuransi, dan biaya lisensi.

Biaya-biaya yang tidak langsung yang tidak secara jelas terkait dengan bagian tertentu.

Biaya-biaya yang peralatan, dan biaya fasilitas lain sering dialokasikan menggunakan metode alokasi panjang persegi (long-run method). Dengan metode ini biaya dialokasikan ke departemen resep menggunakan persentase dari jumlah resep yang dihasilkan oleh departemen resep. Untuk Good Service Pharmacy, persentase ini adalah 25,8 persen. Biaya-biaya untuk biaya tidak langsung lain yang mungkin muncul dalam sebuah Laporan Rugi-laba adalah biaya gaji farmasis profesional, biaya pendidikan berkelanjutan, biaya asuransi, dan biaya lisensi. Biaya-biaya yang mungkin muncul dalam sebuah Laporan Rugi-laba adalah biaya gaji farmasis profesional, biaya pendidikan berkelanjutan, biaya asuransi, dan biaya lisensi.

Biaya-biaya yang mungkin muncul dalam sebuah Laporan Rugi-laba adalah biaya gaji farmasis profesional, biaya pendidikan berkelanjutan, biaya asuransi, dan biaya lisensi. Biaya-biaya yang mungkin muncul dalam sebuah Laporan Rugi-laba adalah biaya gaji farmasis profesional, biaya pendidikan berkelanjutan, biaya asuransi, dan biaya lisensi.

Cara lain untuk mengklasifikasikan biaya ialah teknik biaya langsung versus tidak langsung. *Biaya langsung* adalah biaya yang benar-benar berhubungan dengan bagian peresepan (misalnya, biaya botol resep dan komputer peresepan). Tenaga farmasis dianggap sebagai beban langsung kecuali farmasis memiliki tanggung jawab manajerial di bagian non-resep. *Biaya tidak langsung* adalah biaya yang dibagi antara departemen resep dan bagian apotek lainnya. Biaya sewa, biaya pegawai administrasi, peralatan, dan iklan untuk apotek adalah contoh biaya tidak langsung. Metode untuk mengalokasikan biaya tidak langsung ke departemen resep dibahas dalam contoh pada Tabel 16-2.

Proses keseluruhan untuk menghitung *ongkos peresepan* (*Cost of Dispensing, COD*) adalah mengidentifikasi biaya langsung dan tidak langsung yang berhubungan dengan departemen resep, mengalokasikan pembagian yang adil dari

biaya tidak langsung untuk proses meracik, dan kemudian membagi total pengeluaran departemen resep dengan jumlah resep yang diracik selama periode waktu yang sama. Menggunakan nilai periode waktu selama satu tahun akan lebih terasa sesuai. Untuk menghitung COD, Anda akan memerlukan laporan rugi-laba terbaru (penghasilan dan pengeluaran) atau pro forma laporan rugi-laba untuk apotek dan informasi mengenai jumlah resep yang diracik selama periode waktu yang sama seperti laporan tersebut. Informasi lebih lanjut tentang laporan rugi-laba diberikan dalam Bab 15, dan pro forma laporan rugi-laba kita bicarakan nanti dalam bab ini. Perhitungan menggunakan laporan rugi-laba dan informasi lain yang relevan untuk Pelayanan Apotek yang baik (Good Service Pharmacy) dapat dilihat pada Tabel 16-3. Tabel ini juga berisi informasi mengenai persentase biaya yang dialokasikan untuk departemen resep. Informasi

ini akan digunakan untuk menggambarkan sebagian dari proses perhitungan COD, tetapi tidak biasanya terkandung dalam laporan rugi-laba dan harus dihitung secara terpisah. Tabel 16-2 menunjukkan proses penghitungan COD untuk pelayanan apotek yang baik. Perlu dicatat bahwa meskipun COD dihitung untuk seluruh departemen resep, COD sering bervariasi ketika persentase resep dibayar oleh perubahan pihak swasta atau pihak ketiga berubah.

Hal ini berguna untuk mengetahui COD untuk resep pihak ketiga dan bahkan COD untuk *plan* pihak ketiga tertentu, tetapi sering kali informasi yang diperlukan untuk perhitungan ini tidak tersedia atau untuk mendapatkannya akan terlalu memakan waktu. Dalam contoh ini, digunakan COD rata-rata keseluruhan untuk Good Service Pharmacy sebesar \$ 11,94 per resep.

Perbandingan Rata-rata Laba Bersih

Rumus dasar untuk menghitung suatu *perbandingan rata-rata laba bersih* tertuang dalam Tabel 16-4. Rata-rata biaya pokok penjualan per resep dikurangi dari harga rata-rata (untuk resep bayar pribadi) atau tarif penggantian rata-rata untuk mendapatkan rata-rata margin kotor. Margin kotor juga

dapat disebut sebagai *laba kotor*. Ongkos peracikan rata-rata dikurangi dari laba kotor untuk menghasilkan keuntungan bersih rata-rata per resep. Laba bersih rata-rata dapat dihitung untuk semua resep yang diracik di apotek, baik untuk *plan* pihak ketiga yang dipilih, atau untuk *plan* pihak ketiga tertentu sebelum dan setelah perubahan penggantian. Rumus yang sama digunakan pada basis agrerat untuk melakukan analisis pro forma. Tabel 16-4 menunjukkan perbandingan rata-rata laba bersih dari skenario untuk penggantian Better Health saat ini dan yang baru. Dalam contoh ini, diasumsikan bahwa COD tidak akan berubah dan bahwa rata-rata COD Better Health adalah sama untuk semua resep lainnya. Juga anggaplah bahwa biaya rata-rata HPP atau harga pokok penjualan (HPP) tidak akan berubah. Ketika melakukan sebuah perbandingan rata-rata laba bersih pada *plan* pihak ketiga yang berbeda-beda, pendekatan yang paling akurat adalah dengan menghitung HPP rata-rata secara terpisah untuk setiap *plan* karena tiap-tiap *plan* mungkin memiliki campuran resep obat yang sangat berbeda. Pada kenyataannya, seringkali diasumsikan bahwa HPP rata-rata adalah sama untuk menyederhanakan analisis. Ketika melakukan perhitungan rata-rata perbandingan laba bersih, kebutuhan akan data HPP yang akurat harus diimbangi dengan kendala praktik.

Laporan Rugi-laba Good Service Pharmacy 2007			
	2007	2006	2005
Pendapatan			
Pendapatan resep	3,745,650	3,745,650	3,745,650
Pendapatan lain	300	300	300
Pendapatan Total	3,745,950	3,745,950	3,745,950
Harga pokok penjualan	2,472,262	2,472,262	2,472,262
Margin Kotor	1,273,688	1,273,688	1,273,688
Pengeluaran			
Sewa	13,431	13,431	13,431
Peralatan/biaya fasilitas lain	4,953	4,953	4,953
Botol resep/label	9,750	9,750	9,750
Komputer	7,500	7,500	7,500
Iklan	12,146	12,146	12,146
Biaya lain-lain	207,081	207,081	207,081
Total Pengeluaran	254,861	254,861	254,861
Laba bersih (sebelum pajak)	1,018,827	1,018,827	1,018,827
Catatan			
1. Jumlah resep yang diracik di 2007 = 36,795			
2. HPP resep = 66,86 persen dari total pendapatan			
3. Biaya pegawai (gaji dan tunjangan) Manajer apotek \$ 24,083,76 persen dari departemen resep; 16,84 persen dari departemen resep; teknisi farmasi \$ 3,000,000 persen dari departemen resep; dan karyawan lain \$ 24,083,76 persen dari departemen resep			
4. Departemen resep menempati 25,80 persen dari luas toko persagi			

ekonomi (*economies of scale*)¹ karena biaya tetap rata-rata per resep menurun saat jumlah resep meningkat. Salah satu contoh dari hal ini adalah biaya tenaga farmasis. Umumnya, departemen resep membutuhkan setidaknya satu farmasis yang bekerja waktu penuh, dan biaya rata-rata pengeluaran akan jauh berbeda jika farmasis itu meracik 20 resep per hari atau 100 resep per hari.

Sebuah analisis diferensial membandingkan pendapatan diferensial (marginal) dengan biaya diferensial (marginal) peracikan resep untuk *plan* pihak ketiga yang dipilih. Pendapatan diferensial dikurangi biaya diferensial disebut *margin kontribusi*. Pendapatan diferensial adalah margin kotor rata-rata, dan biaya diferensial adalah biaya variabel per resep. Aturan keputusannya adalah untuk menerima semua *plan* pihak ketiga jika mereka menghasilkan kontribusi margin yang lebih besar dari nol. Analisis ini sangat berguna ketika memutuskan apakah akan menerima kontrak yang akan meningkatkan volume resep, tetapi juga dapat digunakan untuk mengevaluasi apakah akan melanjutkan program yang ada jika terjadi kehilangan volume yang ada. Tabel 16-5 menunjukkan contoh analisis diferensial untuk kontrak Better Health yang baru.

¹Skala ekonomi terjadi ketika rata-rata biaya per unit menurun saat jumlah unit yang diproduksi meningkat.

Margin kontribusi di bawah kontrak Better Health yang baru adalah \$ 5,11, menunjukkan bahwa kontrak itu harus diterima. Apotek itu akan memiliki kapasitas berlebih jika tidak menyetujui yang kontrak baru, kecuali apotek bisa meningkatkan volume resep dari tempat lain. Hasil analisis diferensial bertentangan dengan hasil analisis rata-rata laba bersih, namun analisis pro forma akan membantu untuk menyatukan hasil yang berlawanan.

Analisis Pro Forma

Keputusan tentang menerima kontrak pihak ketiga jelas akan dipengaruhi oleh pertanyaan apakah 5 atau 50 persen dari resep apotek diracik berdasarkan *plan* pihak ketiga itu. *Analisis pro forma* menggabungkan faktor penting ini. Analisis pro forma adalah proyeksi dari bagaimana laporan rugi-laba apotek akan terlihat jika kontrak diterima dan jika ditolak. Dalam kasus Good Service Pharmacy, jika dia menerima kontrak baru, apotek akan bisa mempertahankan volume resep dan karenanya memiliki biaya yang sama. Namun, akan memiliki pendapatan resep yang lebih rendah karena tarif penggantian Better Health menurun. Jika menolak kontrak, akan memiliki volume resep yang lebih rendah, sehingga pendapatan kurang, tetapi biaya juga lebih rendah. Analisis pro forma memberikan perbandingan dari total laba bersih dari kedua skenario.

Melakukan Analisis Diferensial

Langkah 1: Menghitung pendapatan diferensial (margin kotor rata-rata)

Pendapatan margin adalah pendapatan laba kotor. Untuk kontrak Better Health yang baru, pendapatan margin adalah \$ 20,00 per resep. Pendapatan margin adalah pendapatan kotor dikurangi biaya variabel.

Langkah 2: Menghitung biaya diferensial (biaya variabel per resep)

Biaya diferensial adalah biaya variabel rata-rata per resep. Biaya diferensial adalah biaya variabel rata-rata per resep dikurangi biaya variabel rata-rata per resep yang tidak berubah. Biaya variabel rata-rata per resep yang tidak berubah adalah biaya variabel rata-rata per resep yang tidak berubah dikurangi biaya variabel rata-rata per resep yang tidak berubah.

Biaya diferensial adalah biaya variabel rata-rata per resep dikurangi biaya variabel rata-rata per resep yang tidak berubah. Biaya diferensial adalah biaya variabel rata-rata per resep dikurangi biaya variabel rata-rata per resep yang tidak berubah.

Assurasi Better Health dan diasumsikan bahwa apotek akan kehilangan volume resep yang ada jika kontrak baru diterima. Sebagai alternatif, apotek dapat menerima kontrak baru dan mempertahankan volume resep yang ada. Akibatnya, tenaga kerja farmasis akan diperlakukan sebagai biaya tetap. Biaya tetap akan dibagi dengan volume resep yang ada, sehingga biaya tetap per resep akan menurun jika volume resep meningkat. Biaya tetap per resep akan menurun jika volume resep meningkat. Biaya tetap per resep akan menurun jika volume resep meningkat.

Langkah 3: Menghitung margin kontribusi

Margin kontribusi adalah pendapatan dikurangi biaya diferensial.

Margin kontribusi positif menunjukkan bahwa kontrak harusnya diterima.

Melakukan Analisis Pro Forma

Langkah 1. Membuat proyeksi laporan rugi-laba "Mendak Kontrak Better Health"

Satu-satunya informasi dalam laporan rugi-laba yang akan berubah jika apotek menerima kontrak baru Better Health adalah penjualan resep. Ingat bahwa apotek menjual 66.7 resep per bulan saat ini (1.339 (20 persats) dan resep rata-rata dari Better Health untuk menentukan penurunan di penjualan resep saat ini. Jumlah resep Better Health dengan penurunan rata-rata penggantian persats. Penurunan rata-rata pada penggantian persats akan mengurangi rata-rata laba bersih pada level $11.359 \times \$66,53 = \$66,53 \times \$6,27$. Pengurangan pendapatan total di resep $11.359 \times \$6,27$. Mengurangi jumlah ini dari pendapatan resep saat sekarang akan memberikan proyeksi penjualan resep sebesar \$3.219.936. Sisa dari laporan rugi-laba dapat dibuat dengan menggunakan informasi lain dalam laporan rugi-laba saat ini.

Catatan: Diperkirakan bahwa volume resep total, HPP rata-rata, dan COGS rata-rata tidak berubah. Meskipun asumsi ini mungkin tidak akurat, masih mungkin untuk mendapatkan perbandingan yang akurat dengan menggunakan asumsi sebanding untuk kedua skenario.

Langkah 2. Membuat proyeksi laporan rugi-laba "Mendak Kontrak Better Health"

Langkah ini agak lebih kompleks karena beberapa informasi akan berubah. Penjualan resep, HPP, dan semua biaya operasi akan menurun. Untuk menghitung penurunan penjualan resep, kalikan penggantian rata-rata Better Health saat ini dengan jumlah resep Better Health $(\$66,53 \times 11.359 = \$755.714)$ dan kurangi jumlah ini dari penjualan resep saat ini untuk mendapatkan nilai penjualan resep terbaru sebesar \$3.219.936.

Untuk menghitung HPP baru, kalikan HPP rata-rata dengan jumlah resep Better Health $(\$54,24 \times 11.359 = \$616.112)$ dan kurangi jumlah tersebut dari HPP saat ini $(\$4.006.856 - \$616.112 = \$3.390.744)$.

Untuk menghitung pengeluaran operasi terbaru, ingat bahwa beberapa pengeluaran bersifat tetap. Ingat dari analisis diferensial bahwa botol resep/labe dan tenaga kerja teknis farmasi adalah biaya variabel. Biaya botol resep/labe akan berkurang sesuai ini biaya rata-rata per resep dikalikan dengan jumlah resep Better Health $(\$0,17 \times 11.359 = \$1.931)$. Biaya pegawai akan turun sebesar rata-rata biaya rata-rata teknis farmasi per resep (sudah dihitung dalam analisis diferensial) dikalikan dengan jumlah resep Better Health $(\$1,74 \times 11.359 = \$19.765)$.

Sisa dari laporan rugi-laba dapat dibuat dengan menggunakan informasi lain dalam laporan rugi-laba saat ini.

Langkah 3. Membandingkan Laba Bersih dari Dua Proyeksi Laporan Rugi-laba

Laba bersih pada skenario menerima adalah \$246.517 dan laba bersih dalam skenario "penurunan" adalah \$188.473, sehingga apotek akan menghasilkan \$58.044 lebih banyak keuntungan jika mereka menerima kontrak.

Langkah 4. Analisis sensitivitas

Analisis sensitivitas adalah langkah yang sangat penting dalam melakukan analisis pro forma dan ini melibatkan perubahan satu atau lebih dari asumsi dan melihat bagaimana perubahan itu memengaruhi hasil. Satu asumsi menyatakan bahwa biaya tenaga kerja farmasi adalah tetap, jadi sebuah contoh analisis sensitivitas akan menaibah asumsi ini dengan mengasumsikan bahwa biaya tenaga farmasi akan berkurang karyawan farmasi dan waktu yang dibutuhkan untuk bekerja dengan keuntungan yang terdapat pada karyawan farmasi. Skenario Better Health ini akan mengurangi biaya tenaga farmasi dan akan mengurangi pengeluaran operasi. Mengurangi pengeluaran sebesar \$2.000,12 yang akan menghasilkan keuntungan yang lebih tinggi untuk Better Health. Kesimpulan yang benar bergantung pada apakah manajer bersedia untuk membuat keputusan untuk mengurangi jumlah karyawan farmasi.

Catatan: Analisis sensitivitas lainnya dapat dilakukan dengan mengasumsikan bahwa COGS berubah penjualan lainnya dan HPP pada skenario "Skenario Mendak Better Health" untuk menghitung penjualan obat bebas yang lebih rendah karena itu lintas toko yang lebih sedikit.

Hasil Analisis Sensitivitas: Better Health Services Pharmacy

	Keuntungan Sebelum (M)	Keuntungan Setelah (M)	Perubahan (M)
Penjualan Resep Saat Ini	3.975.850	3.975.785	-65
Penjualan Resep Baru	-	1.303.475	1.303.475
Penjualan Total	3.975.850	2.219.263	2.219.263
Harga Pokok Penjualan	4.006.856	4.006.856	-
Marginal Kotor	1.272.988	1.212.407	-60.581
Pengeluaran:			
Pegawai	586.286	586.286	-
Sewa	52.059	52.059	-
Peralatan	19.196	19.196	-
Botol Resep/Labe	9.750	9.750	-
Komputer	7.500	7.500	-
Lain-lain	16.128	16.128	-
Pengeluaran Lain	274.971	274.971	-
Pengeluaran Total	965.890	965.890	-
Laba Bersih (sebelum pajak)	306.379	246.517	-188.473

Untuk melakukan analisis pro forma, perlu untuk merancang dua laporan rugi-laba menggunakan informasi dari laporan rugi-laba saat ini dan pengetahuan tentang apotek dan kontrak pihak ketiga yang sedang dievaluasi. Informasi dari perbandingan laba bersih dan rata-rata analisis diferensial juga akan diperlukan. Contoh dari analisis proforma untuk Good Service Pharmacy disajikan pada Tabel 16-6. Hasil analisis menunjukkan bahwa walaupun kedua skenario menghasilkan kurangnya laba bersih daripada situasi saat ini, menolak kontrak baru akan menyebabkan penurunan laba bersih \$58.044 daripada bila menerima kontrak. Namun, di bawah analisis sensitivitas, jika manajer bersedia mengurangi jam kerja karyawan farmasis menjadi paruh waktu, menolak kontrak akan membuat skenario menjadi sedikit lebih baik.

Penting untuk dicatat bahwa analisis pro forma tidak memasukkan tarif penggantian yang berbeda untuk obat merek dagang dan obat generik. Jika informasi yang akurat mengenai persen obat generik yang diracik dalam *plan* pihak ketiga tertentu tersedia dan memungkinkan untuk menghitung tarif penggantian dan HPP yang berbeda untuk obat generik dan merek dagang, akan bermanfaat untuk memasukkan informasi ini ke dalam analisis pro forma. Minimal, jika pihak ketiga menggunakan penggantian MAC untuk obat generik, manajer apotek harus mempertimbangkan sumber tarif MAC dan tingkat keumuman relatif mereka.

■ PERTIMBANGAN LAIN DALAM MENGEVALUASI KONTRAK PIHAK KETIGA

Memahami dampak keuangan dari kontrak pihak ketiga jelas sangat penting ketika membuat keputusan tentang apakah akan menerima atau menolak kontrak pihak ketiga, tetapi faktor lain juga memiliki peran dalam mengambil keputusan. Salah satu faktor yang perlu diperhatikan adalah pengaruh keputusan pada pelanggan apotek. Jika keputusan yang diambil adalah menolak kontrak, pelanggan yang berkaitan dengan pihak ketiga tersebut mungkin terpaksa pergi ke tempat lain untuk mendapatkan resep obat mereka. Ini mungkin menyebabkan kemarahan, kekecewaan, ataupun merepotkan beberapa pelanggan apotek. Banyak pelanggan mungkin tidak mengerti keputusan apotek dan kemudian langsung menumpahkan kemarahan mereka terhadap staf apotek. Farmasis yang dipekerjakan oleh apotek juga mungkin tertekan dengan hilangnya pelanggan yang telah berhubungan baik selama ini.

Citra apotek adalah pertimbangan yang lain lagi. Beberapa apotek ingin menghindari reputasi sebagai apotek yang "tidak menerima banyak *plan* asuransi," dan gambaran ini dapat terjadi jika kontrak besar dari pihak ketiga ditolak. Sebaliknya,

apotek mungkin ingin memiliki citra sebagai apotek dengan layanan berkualitas tinggi, dan menerima kontrak dengan tarif penggantian yang rendah dapat membahayakan kemampuan apotek untuk memberikan pelayanan yang baik. Jika tarif penggantian rendah berarti bahwa farmasis harus meracik lebih banyak resep sehingga akan memiliki sedikit waktu untuk pasien mereka, dan kualitas perawatan pasien di apotek mungkin akan terpengaruh.

Apotek juga perlu mempertimbangkan dampak dari keputusan pada setiap pelanggan bayar pribadi yang tersisa. Jika apotek menerima kontrak tarif penggantian yang lebih rendah, mungkin dapat mencoba untuk mencari pendapatan yang hilang dari sumber lain. Salah satu sumber pendapatan lain adalah untuk dengan cara menaikkan tarif bayar pribadi, kadang-kadang disebut sebagai *pergeseran biaya* (*cost shifting*). Namun, yang menjadi masalah dengan pendekatan ini adalah bahwa hal itu dapat mengakibatkan apotek kurang kompetitif dengan apotek lainnya, dan yang lebih penting lagi, ia akan memberikan beban harga resep yang tinggi pada mereka yang mungkin paling tidak mampu membelinya. Memiliki pemahaman yang baik tentang apotek pesaing dan basis pelanggan diperlukan untuk menentukan pentingnya faktor ini.

Faktor lain yang penting untuk dipertimbangkan adalah adanya sinyal yang diberikan keputusan apotek itu pada pihak ketiga lainnya. Menerima tarif penggantian rendah dari satu pihak ketiga dapat mendorong pihak ketiga lainnya untuk menurunkan tarif mereka ke level yang sebanding. Selama apotek terus menerima tarif yang menurun, pihak ketiga cenderung terus menawarkan tarif yang semakin rendah. Sebaliknya, penolakan kontrak tarif penggantian yang rendah dapat mengirimkan sinyal bahwa apotek tidak bersedia menerima tarif penggantian yang rendah.

Salah satu faktor terakhir yang perlu dipertimbangkan adalah efek dari keputusan tersebut terhadap sumber-sumber pendapatan lainnya. Dalam analisis pro forma diasumsikan bahwa penjualan lain tidak akan terpengaruh. Pada kenyataannya, jika volume resep menurun 20 persen, kemungkinan penjualan lain akan turun juga. Jika lalu lintas toko kurang, ada kemungkinan penjualan produk *over-the-counter* (OTC) akan lebih sedikit dan penjualan produk lain di apotek juga sedikit. Kehilangan penjualan lainnya mungkin akan lebih penting untuk toko yang penjualan lainnya merupakan persentase besar dari total penjualan. OTC atau penjualan yang lain kadang-kadang digunakan sebagai justifikasi untuk menerima kontrak pihak ketiga dengan tarif penggantian rendah. Argumennya adalah bahwa "meskipun kami kehilangan uang pada setiap resep, kami akan menggantinya dengan penjualan OTC." Walaupun pelanggan resep akan membeli beberapa OTC atau produk lain, manajer perlu berhati-hati dengan argumen ini karena hanya keuntungan dari obat bebas tersebut yang

akan membantu untuk mengompensasi kerugian resep. Dalam sebuah penelitian, para peneliti menemukan bahwa pembelian obat bebas rata-rata per resep adalah \$ 1,24, tapi apotek akan memerlukan pembelian OTC rata-rata \$ 11,27 per resep pihak ketiga untuk mengompensasi penerimaan penggantian yang lebih rendah oleh pihak ketiga (Huey, Jackson, dan Pirl, 1995).

Terminologi Kontrak Pihak Ketiga

Sangat penting untuk memahami terminologi yang umum digunakan dalam kontrak pihak ketiga. Untuk diskusi yang lebih menyeluruh tentang masalah ini, lihat Fridy, DeHart, dan Monk-Tutor (2002). Unsur-unsur dasar kontrak pihak ketiga termasuk di dalamnya adalah hak dan tanggung jawab penyedia, transmisi proses klaim, persyaratan untuk apotek yang bekerja sama dalam jaringan pihak ketiga, dan hak serta tanggung jawab pihak ketiga. Beberapa hak penyedia dan tanggung jawab yang umum berkaitan dengan pencatatan, pengumpulan *copayment* pasien, sesuai dengan formularium pihak ketiga, dan menjaga standar profesional. Bagian tentang persyaratan apotek yang berpartisipasi biasanya ada di bagian yang berisi penjelasan tarif penggantian dan waktu penggantian. Bagian itu juga akan menetapkan prosedur perubahan dalam kontrak. Kebanyakan perubahan dalam kontrak terjadi atas permintaan pihak ketiga. Apotek tentu dapat meminta perubahan kontrak, tetapi sering tidak berhasil membuat pihak ketiga menerima perubahan (Fridy, DeHart, dan Monk-Tutor, 2002). Hak dan tanggung jawab pihak ketiga mungkin termasuk hak untuk memeriksa/mengaudit catatan apotek dan penyediaan dukungan bantuan informasi (*help-desk*). Mungkin juga ada pembahasan tentang kerahasiaan informasi dan merek dagang sponsor *plan*.

Satu hal yang perlu dipertimbangkan dalam kontrak pihak ketiga adalah lamanya waktu sebelum apotek menerima penggantian dari pihak ketiga. Jika siklus penggantian pihak ketiga lebih panjang dari siklus pembayaran apotek dengan vendornya, dapat menimbulkan masalah pada arus kas apotek (lihat Bab 15). Lamanya waktu sebelum apotek menerima pembayaran juga akan dipengaruhi oleh persentase klaim ditolak atau ditentang oleh pihak ketiga. Meskipun pengiriman klaim elektronik secara "*real time*" memungkinkan untuk menentukan apakah klaim akan diterima pada saat meracik resep, beberapa klaim yang ditolak masih akan tetap diidentifikasi selama proses rekonsiliasi klaim. Mengirimkan ulang klaim yang ditolak kepada pihak ketiga atau mencoba untuk mendapatkan pembayaran dari pasien akan menunda pembayaran resep. Suatu studi melaporkan bahwa waktu median untuk pembayaran klaim obat resep program Medicare adalah 29 hari, namun hampir 41 persen dari klaim Desember 2006 tidak dibayar dalam waktu 30 hari (Shepherd, Richards dan Winegar, 2007).

Persyaratan dalam kebanyakan kontrak ketiga pihak dengan apotek adalah bahwa apotek menerima *perjanjian (accept assignment)*. Klausul ini berarti apotek setuju untuk menarik biaya dari pasien tidak lebih dari jumlah yang ditentukan dalam kontrak. Dengan kata lain, apotek yang relah menerima perjanjian tidak dapat menarik biaya lebih dari pasien pihak ketiga untuk menutupi penurunan pada tarif penggantian pihak ketiga. Sangat penting untuk berhati-hati bahwa perjanjian tersebut terbatas pada biaya untuk meracik resep. Manajer apotek harus mengklarifikasi bahwa menerima perjanjian tidak menghalangi apotek menarik biaya pasien pihak ketiga untuk layanan profesional tambahan.

Dua klausul yang terlihat sesekali dalam kontrak apotek adalah *most favored nation clause* dan *all products clause*. Klausul *most favored nation* menyaratkan apotek untuk memberikan harga atau tarif penggantian terendah ke pihak ketiga. Ini adalah kebiasaan bagi pihak ketiga untuk mengharuskan apotek menarik biaya U&C jika harganya lebih rendah dari rumus penggantian pihak ketiga. Namun, memberikan pihak ketiga tarif penggantian terendah dibanding semua tingkat ketiga pihak lain tidaklah umum. *All product clause* memerlukan apotek untuk berpartisipasi dalam semua *plan* pihak ketiga jika ingin berpartisipasi dalam satu *plan*. Apotek mungkin ingin memilih hanya beberapa *plan* pihak ketiga tergantung pada tarif penggantian dan jumlah pelanggan yang terkena dampak. Beberapa negara melarang *all product clause*. Semua klausul ini semakin problematis dengan munculnya kartu diskon dan baru-baru ini dengan pelaksanaan program Medicare D. *Kartu diskon* diberikan atau dijual kepada orang yang tidak memiliki asuransi untuk obat resep. Orang yang memiliki kartu diskon membayar harga yang ditentukan oleh rumus penggantian bukan harga U&C apotek. Sebagaimana disebutkan sebelumnya, harga penggantian biasanya lebih kecil dari harga U&C apotek, sehingga apotek menerima pendapatan lebih sedikit. Beberapa kartu diskon dikelola oleh PBM dan pihak ketiga lainnya, dan apotek mungkin memilih untuk tidak menerima kartu diskon pihak ketiga meskipun jika mereka menerima pasien dengan asuransi dari pihak ketiga. Apotek umumnya tidak menyukai kartu diskon karena pendapatan mereka menjadi lebih rendah dan lebih lanjut akan menyebabkan penurunan fleksibilitas harga apotek itu.

Menanggapi Pengurangan Penggantian Pihak Ketiga

Seperti ditunjukkan dalam analisis pro forma, laba bersih Good Service Pharmacy akan menurun terlepas dari apakah menerima atau menolak kontrak baru dari Better Health. Penurunan penggantian pihak ketiga adalah hal yang umum terjadi, dan apotek perlu mengembangkan strategi untuk mempertahankan tingkat keuntungan mereka karena tarif penggantian yang menurun. Untuk mencapai tujuan ini,

manajer apotek perlu mempertimbangkan untuk mengembangkan sumber-sumber alternatif pendapatan atau mengurangi pengeluaran mereka.

Salah satu sumber pendapatan adalah meningkatkan volume resep dengan menarik pihak ketiga yang baru atau pelanggan pembayar pribadi. Sebagaimana dibahas sebelumnya dalam bab ini, apotek cenderung memiliki persentase biaya tetap yang tinggi sehingga biasanya skala ekonomi akan dicapai dengan meracik lebih banyak resep. Strategi ini tampaknya telah digunakan secara luas oleh apotek, dan meskipun memberikan solusi jangka pendek, tetapi tidak mungkin menjadi strategi jangka panjang karena pasien pembayar pribadi baru mungkin akan menjadi pasien ketiga pihak di masa depan, dan tarif penggantian resep pihak ketiga lainnya mungkin juga akan menurun dari waktu ke waktu.

Strategi lain untuk dipertimbangkan oleh apotek adalah diversifikasi sumber-sumber pendapatan. Sebuah apotek yang memperoleh sebagian besar pendapatan dari obat resep lebih rentan terhadap penurunan tarif penggantian dibandingkan dengan apotek yang memiliki sumber-sumber pendapatan lainnya. Salah satu sumber pendapatan yang mungkin adalah pembayaran untuk layanan kognitif farmasis, baik dari pasien atau dari pihak ketiga. Layanan Manajemen Terapi Pengobatan (Medication Therapy Management, MTM) pada Medicare Part D adalah salah satu peluang untuk itu (lihat Bab 17 dan 24 sampai 27). Perlu dicatat bahwa mendapatkan pembayaran pihak ketiga untuk jasa farmasis mungkin akan mengakibatkan banyak masalah yang sama dengan pembayaran pihak ketiga untuk resep (Ganther, 2002). Selama kontrak pihak ketiga tidak menghalangi farmasis untuk menarik biaya langsung dari pasien untuk layanan mereka, menarik biaya untuk jasa farmasis dari pasien adalah hal yang mungkin untuk pihak ketiga maupun pasien pembayar pribadi. Sumber pendapatan lain adalah penjualan barang-barang seperti obat bebas, peralatan medis yang tahan lama, dan produk yang berhubungan dengan kesehatan atau non-kesehatan lainnya. Apotek yang memiliki ruang untuk produk tambahan mungkin ingin mempertimbangkan untuk mengembangkan sumber pendapatan ini, tetapi penting juga untuk tetap mendapatkan informasi mengenai perubahan penggantian yang sedang berlangsung untuk produk ini, terutama dalam program Medicare.

Strategi lain untuk mempertahankan laba bersih ketika tingkat penggantian yang menurun adalah dengan menurunkan pengeluaran. Pengeluaran departemen resep terbesar adalah pegawai, sehingga penting untuk mengevaluasi biaya pegawai. Biaya pegawai paling mahal di apotek sebagian besar adalah tenaga kerja farmasis, sehingga apotek perlu berhati-hati mengevaluasi bagaimana farmasis menghabiskan waktu mereka. Membuat farmasis menghabiskan waktu mereka untuk melakukan tugas-tugas yang tidak memerlukan keahlian seorang farmasis merupakan penggunaan sumber daya yang

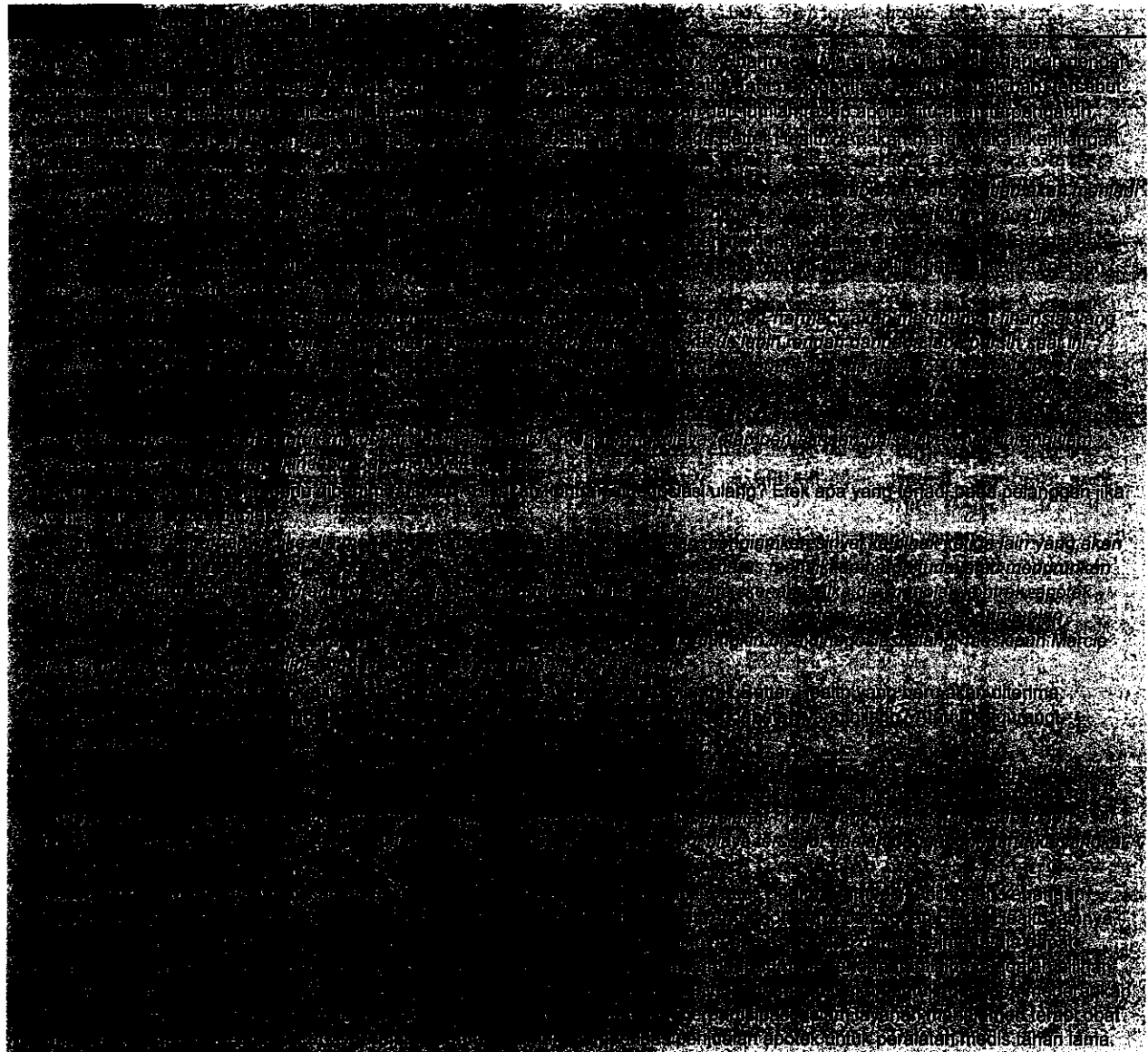
tidak efisien. Manajer apotek harus mempertimbangkan untuk menggunakan tenaga farmasi lainnya seperti teknisi farmasi dan pramuniaga untuk melakukan beberapa tugas yang berhubungan dengan peracikan resep, misalnya, menghitung tablet, dan rekonsiliasi klaim pihak ketiga. Biaya personel apotek lainnya dan biaya non-pegawai dari departemen apotek juga harus dievaluasi.

■ KESIMPULAN DAN ISU PENGGANTIAN PIHAK KETIGA DI MASA YANG AKAN DATANG

Apa yang sekarang harus diperjelas adalah bahwa keputusan untuk menerima atau menolak kontrak pihak ketiga sering kali sangatlah sulit. Bahkan setelah pengelola apotek menjawab pertanyaan yang tercantum dalam skenario, ia masih harus menggunakan penilaiannya tentang menerima kontrak Better Health yang baru dengan nilai penggantian rendah (Tabel 16-7). Sangat penting untuk memahami dan menggunakan alat-alat yang dijelaskan dalam bab ini, tetapi alat-alat itu tidak selalu menghasilkan jawaban yang mudah. Apa pun keputusan manajer, apotek akan mendapat laba bersih yang lebih rendah kecuali jika ia menemukan sumber pendapatan lain atau menurunkan pengeluaran.

Masalah pembayar pihak ketiga yang akan semakin penting adalah tarif penggantian yang menurun. Tarif penggantian pihak ketiga swasta cenderung terus menurun. *Plan* obat resep Medicare adalah pemain utama di pasar resep obat pihak ketiga, dan ada kekhawatiran tentang tarif penggantian yang rendah. Ada beberapa peluang untuk mendapatkan penggantian untuk layanan MTM dari *plan* obat Medicare, tetapi tingkat tarif penggantian juga perlu dievaluasi oleh manajer.

Penurunan tarif penggantian Medicaid juga merupakan masalah. Setiap kali negara bagian dihadapkan dengan kekurangan anggaran atau cepatnya kenaikan harga obat dalam program Medicaid, menyebabkan adanya tekanan yang diperbarui untuk mengurangi tarif penggantian apotek. Perubahan menjadi penggantian berbasis AMP untuk resep obat generik yang diracik melalui Medicaid merupakan tren penting yang perlu dipantau secara hati-hati. Beberapa program Medicaid negara bagian dapat menambah ongkos peracikan obat generik atau menghasilkan perubahan lain untuk mengompensasi pendapatan apotek yang hilang dari penggantian berbasis AMP yang baru, tetapi mereka tidak diwajibkan untuk melakukannya. Pihak ketiga lainnya mungkin juga menggunakan daftar AMP berbasis MAC federal yang baru untuk penggantian obat generik mereka, yang berpotensi untuk memperluas dampak dari perubahan ini. Mungkin pihak ketiga akan mulai menggunakan AMP sebagai dasar untuk penggantian obat dengan merek dagang.



Sangat penting bagi seorang manajer apotek untuk memahami dampak dari pembayar pihak ketiga pada apotek serta memahami dan menggunakan alat-alat analisis keputusan yang dijelaskan dalam bab ini untuk mengevaluasi dengan hati-hati kontrak pihak ketiga. Penting juga bagi manajer apotek dan pemilik untuk mengelola pengeluaran dengan hati-hati dan berpikir kreatif tentang pengembangan sumber-sumber pendapatan baru. Pembayaran pihak ketiga untuk resep akan terus menjadi isu penting untuk apotek di masa depan, dan manajer apotek perlu terus-menerus menyadari perubahan tarif penggantian pihak ketiga dan isu-isu pihak ketiga lainnya.

REFERENSI

- Academy of Managed Care Pharmacy (AMCP) Task Force on Drug Payment Methodologies. 2007. *AMCP Guide to Pharmaceutical Payment Methods*, Version 1.0. Alexandria, VA: AMCP, Oktober, 2007.
- Brooks JM, Doucette WR, Sorofman BA. 1999. Factors affecting bargaining outcomes between pharmacies and insurers. *Health Serv Res* 34:439.
- Caroll NV. 1991. Costs of dispensing private-pay and third-party prescriptions in independent pharmacies. *J Re: Pharm Econ* 3:3.

- Fridy K, DeHart RM, Monk-Tutor MR. 2002. Negotiating with third-party payers: One community pharmacy's experience. *J Am Pharm Assoc* 42:780.
- Ganther JM. 2002. Third-party reimbursement for pharmacist services: Why has it been so difficult to obtain and is it really the answer for pharmacy? *J Am Pharm Assoc* 42:875.
- Huey C, Jackson RA, Pirl MA. 1995. Analysis of the impact of third-party prescription programs on community pharmacy. *J Res Pharm Econ* 7:57.
- National Association of Chain Drug Stores (NACDS). 1999. *Pharmacy Activity Cost and Productivity Study*. Alexandria, VA: NACDS, November, 1990.
- National Association of Chain Drug Stores (NACDS). 2007. *NCPA-Pfizer Digest*. Alexandria, VA: NACDS, October.
- Office of the Inspector General (OIG). 2001. Medicaid pharmacy: Actual acquisition cost of brand name prescription drug products. Report A-06-00-00023. Washington, DC: OIG, August, 2001.
- Office of the Inspector General (OIG). 2002. Medicaid pharmacy: Actual acquisition cost of brand name prescription drug products. Report A-06-01-00053. Washington, DC: OIG, March, 2002.
- Schafermeyer KW, Schondelmeyer SW, Thomas J, et al. 1992. Analysis of the cost of dispensing third party prescriptions in independent pharmacies. *J Res Pharm Econ* 4:3.
- Schneider A, Elam L. 2002. Medicaid: Purchasing prescription drugs. Kaiser Family Foundation Report. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation, January, 2002.
- Shepherd MD, Richards KM, Winegar AL. 2007. Prescription drug payment times by Medicare Part D plans: Results of a national study. *J Am Pharm Assoc* 47(6): e20.
- Thornton. 2007. Cost of dispensing study. Grant Thornton report commissioned by Coalition for Community Pharmacy Action. Washington, DC: Coalition for Community Pharmacy Action, Januari, 2007.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). 2000. Report to the President: Prescription Drug Coverage, Spending, Utilization, and Prices. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of Health and Human Services.

MEDICARE PART D

Karen B. Farris

Tentang penulis: Dr. Farris adalah Associate Professor di bidang sosioekonomi kefarmasian di University of Iowa College of Pharmacy. Beliau mendapat gelar B.S. di University of Tennessee, Memphis dan meraih gelar Ph.D. dari University of Michigan. Beliau sekarang bekerja sebagai Vice-Chair of Post Graduate Education di Division of Clinical&Administrative Pharmacy sekaligus sebagai Chair of the College's Assesment Committee. Beliau telah menjadi dosen dan peneliti di bidang farmasi semenjak tahun 1993 dan mengajar di Fakultas Farmasi University of Alberta di Edmonton Alberta, Kanada dari tahun 1993 hingga 2000 sebelum akhirnya kembali lagi ke Amerika Serikat dan mengajar di University of Iowa. Penelitiannya menggunakan teori sosial untuk mempelajari peran farmasis, bagaimana farmasis dapat memengaruhi penggunaan obat, dan bagaimana pasien lanjut usia menggunakan obatnya. Dr. Farris telah memublikasikan lebih dari 70 artikel ilmiah, artikel profesional, opini, dan bab dalam buku serta telah bekerja dengan 25 mahasiswa pascasarjana dan 10 mahasiswa tingkat profesi untuk menyelesaikan penelitian di bawah arahnya. Materi pengajarannya untuk mahasiswa profesional terfokus pada proses penggunaan obat dalam konteks sosial/tingkah laku, dengan titik berat pengaruhnya pada pasien dan farmasis. Materi ajarnya juga meliputi model tingkah laku kesehatan dan metode penelitian. Beliau menerima penghargaan American Association of College Of Pharmacy Lyman Award untuk kategori artikel terbaik di *American Journal of Pharmaceutical Education* di tahun 2005 dan salah satu Fellow of American Pharmacist Association di tahun 2006.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan berbagai desain manfaat program Medicare Part D.
2. Memahami isu tentang pendaftaran tertanggung Medicare, tertanggung Medicare dari golongan ekonomi lemah, dan tertanggung dengan keanggotaan ganda.
3. Mengidentifikasi peluang untuk melakukan manajemen terapi obat (medication therapy management, MTM) melalui Medicare Part D.
4. Mempertimbangkan isu manajemen terkait Medicare Part D, termasuk hubungan dengan pihak pemangku kepentingan (*stakeholder*) dan viabilitas keuangan
5. Memahami inisiatif kualitas baru yang didorong oleh Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS) dan akibat yang mungkin terhadap operasional dan manajemen apotek
6. Mengidentifikasi sumber informasi tentang program Medicare Part D

■ SKENARIO

Sam Bell adalah pemilik Apotek Bell, sebuah Apotek mandiri di daerah pedesaan di Tennessee yang telah berdiri selama hampir 45 tahun. Dari waktu ke waktu, dia melihat usahanya berubah secara signifikan. Ketika pertama kali mengelola Apotek, hanya ada bagian kecil untuk penanganan resep dan lebih banyak tempat untuk menjual obat-obat OTC (Over The Counter Drug) dan barang dagangan untuk hadiah. Selama tahun 1990, Sam mengurangi fokusnya di barang dagang hadiah dan mulai memikirkan untuk memperbesar bagian peracikan obat resep. Selama 5 tahun, dia merenovasi apoteknya sehingga 50 persen ruangan menjadi ruang peracikan dan konseling. Apoteknya memiliki satu hingga dua staf farmasis dengan dua atau tiga orang teknisi farmasi yang bekerja mulai Senin hingga Sabtu. Volume penerimaan resep telah meningkat dalam satu dekade terakhir dari 200 resep per hari menjadi kurang lebih 300 resep per hari. Dia memiliki hubungan yang baik dengan para dokter di kota itu, namun sayang, apoteknya tidak memiliki aktivitas lain yang bernilai tambah seperti pemantauan status penyakit, pemeriksaan dini penyakit atau vaksinasi. Meskipun demikian, pelanggannya tetap mendukungnya untuk melanjutkan usaha apoteknya. Di tahun 2006, ketika Medicare Part D diperkenalkan, dia sangat khawatir keterlibatan asuransi sebagai pihak ketiga akan memengaruhi keuntungan usahanya. Dia menghindari kontrak yang mengharuskan ia melayani persediaan obat untuk 90 hari karena menurutnya akan mengurangi keuntungan apoteknya. Pembayaran elektronik dari asuransi juga sering kali terlambat. Dia juga menangani lebih banyak *plan* pihak ketiga pada saat ini daripada yang dia lakukan dulu, hal ini jelas meningkatkan beban administratif bagi farmasis dan staf lainnya. Apoteknya pun mulai merugi ketika Medicare Part D diterapkan. Namun, pada saat bersamaan, pasien dan kliennya berterima kasih atas bantuannya untuk pendaftaran tertanggung asuransi karena telah menolong mereka memahami berbagai masalah seputar *plan* obat resep Medicare Part D.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah pasien di Apotek Bell mungkin mendapat manfaat dari pelaksanaan Medicare Part D?
2. Mengapa adanya Medicare Part D mengancam Apotek Bell?
3. Apa hal positif yang terjadi pada Sam Bell semenjak Medicare diterapkan?
4. Apakah strategi manajemen yang dapat digunakan Sam Bell untuk mempertahankan viabilitas keuangan apoteknya?
5. Apakah alternatif lain bagi Sam Bell untuk dapat meningkatkan keuntungan apoteknya?

■ PENDAHULUAN

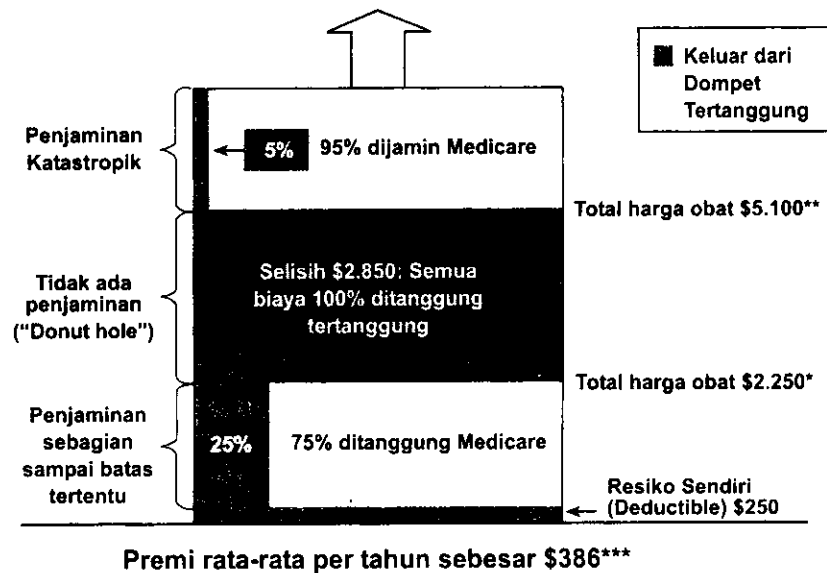
Sebuah buku bisa saja ditulis hanya untuk menjelaskan Medicare dan semua permasalahannya. Tujuan dari bab ini adalah mempertimbangkan isu manajemen yang berhubungan dengan Medicare Part D, apalagi pada bab sebelumnya berkaitan dengan komponen primer dan deskripsi dari penjaminan pihak ketiga. Bagaimanapun Medicare Part D pada dasarnya hanya menyediakan peluang bagi sebagian orang (khususnya lanjut usia) agar pengobatannya ditanggung oleh pihak ketiga. Medicare Part D juga menyebabkan berbagai tantangan baru bagi apotek (seperti secara efektif mengurangi basis pasien yang melakukan pembayaran langsung) dan peluang (seperti kemampuan apotek untuk membayar layanan profesional pada beberapa contoh). Bab ini akan dimulai dengan mengulas tentang organisasi Medicare Part D dan proses pendaftaran tertanggung. Program baru yang muncul karena Part D seperti manajemen terapi obat (*medication therapy management*, MTM) juga akan dibahas. Terakhir, pertimbangan manajemen untuk pembuatan kontrak dan penggantian biaya (*reimbursement*), operasional, hubungan dengan klien, dan pengembangan layanan bernilai tambah. Dalam bab ini, juga akan dijelaskan dampak pelaksanaan Medicare Part D pada apotek, pasien, dan sistem kesehatan.

■ MEDICARE PART D

Medicare digagas pada tahun 1965 oleh Presiden Lyndon Johnson, 20 tahun setelah Presiden Truman mengusulkan *plan* asuransi kesehatan nasional. Medicare pada awalnya hanya menjamin pengobatan yang dilakukan di rumah sakit dan klinik dokter, dan tidak untuk pasien di luar rumah sakit yang biasanya membeli obat di apotek. Pada waktu itu, tidak banyak tuntutan dari para pejabat, profesional kesehatan, atau pasien untuk memasukkan pasien luar rumah sakit dalam *plan* Medicare karena biaya perawatan di rumah sakit masih terjangkau (Morgan, 2004; Olive, Lee dan Lipton, 2004). Meskipun demikian, di tahun 1967, sebuah tim untuk mengevaluasi obat melansir sebuah penelitian tentang dampak memasukkan tagihan obat dengan resep di Medicare. Laporan akhir di tahun 1969 menyimpulkan bahwa pasien lanjut usia akan mendapat keuntungan dari pelaksanaan Medicare dan itu akan sangat memungkinkan secara ekonomi. Meskipun demikian, rekomendasi tersebut tidak pernah diterapkan karena pemerintahan Nixon hanya menyatakan bahwa "mereka telah melakukan apa yang harus dilakukan" ketimbang menerapkan Medicare. Sebagai gantinya, Kongres memperluas kesempatan bagi individu dengan kecacatan dan gagal ginjal stadium akhir di tahun 1972 (Oliver, Lee dan Lipton, 2004).

Hingga akhirnya Kongres mengesahkan Medicare Catastrophic Coverage Act di tahun 1988 dan memasukkan

Standar Manfaat Obat Resep Medicare, 2006



Catatan: *ekivalen dengan pengeluaran sendiri sebesar \$750. **ekivalen dengan pengeluaran sendiri sebesar \$3.600. ***Jumlah per tahun berdasarkan rata-rata premi tertanggung bulanan nasional yaitu \$32,20 (CMS, agustus 2006)

SUMBER: Ilustrasi Kaiser Family Foundation tentang pola manfaat Medicare untuk obat dalam Medicare Modernization Act tahun 2003



Gambar 17-1. Standar manfaat Medicare untuk obat dengan resep di tahun 2006 (Dari manfaat obat dengan resep menggunakan Medicare-Lembar fakta terbaru (#7044-04). Henry J Kaiser Family Foundation, Juni 2006) Sumber: <http://www.kff.org/Medicare/Medicarebenefitatlance.cfm>, diakses tanggal 19 Juni 2008

penjaminan bagi obat resep pasien luar rumah sakit dalam Medicare tipe B. *Plan* penjaminan tersebut baru mulai berefek di tahun 1991. Keterlambatan disebabkan kampanye Komite Nasional untuk menolak Medicare dan Asuransi sosial, yang didukung 40 kelompok koalisi dan LSM, banyak lansia yang yakin bahwa Medicare akan lebih merugikan mereka daripada menguntungkan karena mereka diwajibkan mendaftar dan pembayaran terberat akan ditanggung oleh lansia dengan pemasukan yang lebih tinggi. Tekanan politik dari para lansia tersebut menyebabkan penerapan undang-undang ditunda oleh kongres di tahun 1989 sebelum akhirnya diterapkan kembali di tahun 1991.

Di tahun 1993-1994, Health Security Act juga memasukkan obat resep pasien luar rumah sakit sebagai Part D dari Medicare tipe B, tetapi presiden Clinton gagal untuk melakukan reformasi bidang kesehatan. Sampai pada akhirnya undang-undang Reformasi dan Modernisasi Kesehatan (Improvement and Modernization Act, MMA) di tahun 2003 diluncurkan yang menyebutkan peresepan obat untuk pasien luar rumah sakit dimasukkan dalam Medicare. MMA juga membuat perubahan dalam Medicare, termasuk meningkatkan sistem pembayaran untuk rumah sakit daerah pedalaman, mengubah nama dan memperluas

plan managed-care di bawah di Medicare, memperbolehkan berlakunya tabungan kesehatan bagi pasien dengan *plan* asuransi kesehatan yang memiliki risiko sendiri (deductible) tinggi, dan menerapkan premi yang tinggi bagi tertanggung berpenghasilan tinggi.

Medicare Part D adalah *plan* asuransi obat resep yang disponsori pemerintah dan dimulai pada tahun 2006. Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) adalah badan milik federal yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan Medicare, Medicaid dan State Children's health insurance program (SCHIP), serta *plan* lain yang terkait. Untuk mempelajari CMS dan programnya, dapat mengunjungi situs <http://new.cms.hhs.gov/home/aboutcms.asp>. Walaupun beberapa program CMS ditangani pemerintah federal (seperti Medicare tipe A dan B) dan program lainnya bekerja sama dengan pemerintah negara bagian (seperti Medicaid dan SCHIP), MMA mempersyaratkan agar CMS menggunakan *plan* pihak ketiga swasta (lihat bab 16) untuk mengembangkan dan melaksanakan Medicare Part D. Di antara tahun 2003 saat MMA dirilis hingga tahun 2006 saat Medicare Part D diterapkan, kebanyakan perusahaan asuransi telah mengembangkan bermacam *plan* obat resep (*prescription drug plan*, PDP), sehingga memberikan tertanggung Medicare

(yang mendaftar secara sukarela) banyak pilihan *plan* yang sesuai bagi mereka. Tertanggung juga dapat memilih *plan* Medicare Advantage (MA-PD) yang menanggung semua layanan Medicare termasuk obat.

MMA menerangkan tentang standar manfaat asuransi obat. Standar manfaat tersebut merupakan tingkat pelayanan minimal yang harus disediakan oleh PDP. Standar manfaat tersebut seperti yang digambarkan dalam Gambar 17-1. Perhatikan bagaimana manfaat tersebut berubah hanya dalam 2 tahun karena jumlah di tahun 2008 juga dimasukkan seperti dibawah ini (Kaiser Family Foundation, 2006a, 2006b)

- Tertanggung membayar premi tahunan. Premi rata-rata adalah \$386 di tahun 2006 dan \$304 di tahun 2008
- Tertanggung membayar 100 persen biaya obat sampai total biaya penjaminan mencapai risiko sendiri sebesar \$250 di tahun 2006 dan \$275 di tahun 2008.
- Setelah mencapai batas risiko sendiri, penanggung membayar 75 persen dan tertanggung membayar 25 persen total biaya obat sampai tertanggung mencapai maksimal batas penjaminan awal. Batas penjaminan awal adalah \$2.250 di tahun 2006 dan \$2.510 di tahun 2008.
- Tertanggung kemudian membayar 100 persen dari biaya obat di atas batas awal penjaminan hingga batas katastrofik atau ambang biaya obat total tercapai. Ambang batas penjaminan total adalah \$5.100 di tahun 2006 dan \$5.726 di tahun 2008. Kondisi tidak ditanggungnya peserta antara batas penjaminan awal dengan ambang batas penjaminan total disebut dengan *donut hole* atau *coverage gap*.
- Setelah mencapai batas penjaminan total, tertanggung membayar lima persen lebih besar untuk co-insurance atau copayment yaitu \$2,25 untuk obat generik dan \$5,60 untuk obat bermerek dan sisanya ditanggung oleh asuransi. Ketika Medicare Part D dimulai tahun 2006, nilai copayment adalah \$2,15 untuk obat generik dan \$5,35 untuk obat bermerek.

Dalam praktiknya, kebanyakan *plan* manfaat obat resep yang tersedia untuk tertanggung Medicare Part D tidak seperti pola standar di atas. Hampir semua menawarkan standar penjaminan ekuivalen aktual (*actuarilly equivalent*) yang berarti dua atau lebih *plan* dibayar dengan nilai sebenarnya berdasarkan perkiraan aktual yang tepat. Dalam istilah Layperson, hal ini berarti bahwa *plan* yang tidak seperti standar harus dibuktikan dengan dua macam pengujian untuk menunjukkan bahwa "nilai yang paling tidak hampir sama dengan nilai yang seharusnya akan diterima oleh tertanggung di bawah penjaminan obat resep standar tersebut." Uji yang pertama adalah *gross value test*, yaitu "jumlah perkiraan klaim yang dibayarkan untuk tertanggung Medicare yang mengikuti *plan* dasar alternatif milik sponsor harus setidaknya setara dengan jumlah yang diharapkan dibayarkan untuk klaim

tertanggung tadi di bawah penjaminan obat resep standar tertentu, termasuk untuk penjaminan katastrofik ketika pembayaran langsung oleh tiap orang lebih dari batas tertentu." Uji yang kedua adalah *net value test*, yaitu "nilai bersih *plan* dasar alternatif milik sponsor harus setidaknya setara dengan nilai bersih penjaminan obat resep standar tertentu," sedang nilai bersih dari sebuah *plan* sendiri diperoleh dari mengurangi premi pensiunan dari nilai bruto *plan* itu (CMS, 2005).

Selain itu, *plan* juga dapat menawarkan penjaminan alternatif dasar (*basic alternative coverage*) atau penjaminan alternatif dipertinggi (*enhanced alternative coverage*). Penjaminan alternatif dasar adalah alternatif penjaminan obat resep yang dengan resep yang diperkirakan ekuivalen dengan standar penjaminan obat resep tersebut, sedangkan *plan* dipertinggi adalah *plan* obat resep dengan nilai yang melebihi standar penjaminan obat. Penting diingat, ketika suatu *plan* bersifat alternatif, sponsor Part D harus menggunakan penjaminan standar (dan bukan penjaminan perkiraan ekuivalen) sebagai titik perbandingan (Kaiser Family Foundation, 2007b).

Karena setiap *plan* tidaklah harus sama dengan manfaat standar, maka premi bulannya, resiko sendiri, copayment dan coinsurance, selisih penjaminan, batas katastrofik, dan rancangan rumusnya pun berbeda. Pada kenyataannya, banyak sekali variasi PDP tersedia untuk tertanggung. Di tahun 2006, 17 persen *plan* yang menyediakan manfaat standar, 52 persen di antaranya adalah perkiraan ekuivalen, dan 30 persen lainnya mempunyai manfaat dipertinggi (Cubanski dan Neuman, 2006). Menurut Kaiser Family Foundation, ada 1.429 PDP sendiri di seluruh amerika di tahun 2006. Mayoritas dari PDP menetapkan premi bulanan antara \$20 hingga \$50. Mayoritas PDP (60 persen) tidak menetapkan nilai resiko awal. Di antara 10 PDP yang memiliki jumlah tertanggung terbesar di 2006, mewakili 66 persen total tertanggung dari semua PDP, memiliki penjaminan yang bertingkat. Meskipun demikian, keseluruhan *plan* (71 persen dari *plan* PDP) tidak menetapkan penjaminan celah (*penjaminan celah*). Di antara PDP yang ada, jumlah yang menawarkan manfaat dipertinggi adalah 42 persen pada tahun 2006. Untuk manfaat dipertinggi ini, 89 persen di antaranya tidak menetapkan penjaminan celah, 8 persen di antaranya menetapkan penjaminan celah untuk obat-obat generik, dan 4 persen lainnya untuk obat generik dan bermerek (Hoadley et al., 2006)

Di tahun 2007, terdapat 1.875 PDP mandiri di seluruh amerika. Kebanyakan menetapkan jumlah premi yang lebih tinggi daripada tahun 2006 dan lebih banyak yang menawarkan penjaminan celah sebagai Part Dari penjaminan obat resep. Di tahun 2007, "nilai rata-rata premi tanpa penjaminan celah adalah \$30,17 untuk premi *plan* dengan penjaminan celah obat generik adalah \$50,11, dan untuk premi *plan* dengan penjaminan celah obat bermerek adalah \$93,46. Di antara PDP, jumlah yang menawarkan manfaat dipertinggi meningkat menjadi 47 persen di tahun 2007 (Hoadley et al, 2006)

Perbandingan spesifik dapat membantu menjelaskan berbagai pilihan yang tersedia bagi tertanggung. Ditahun 2007, tiga organisasi pensiunan (American Association of Retired Person, AARP) menawarkan *plan* asosiasi, yaitu Medicare Rx dengan rata-rata premi bulanan \$27,83. Medicare Rx Saver memiliki premi sekitar \$17,83 dan Medicare Rx Enhanced memiliki premi \$46,30 (Hoadley et al., 2006). Organisasi lain seperti Humana juga memiliki tiga *plan* dengan premi berbeda, yaitu \$15,17; \$22,03, atau \$80,43 untuk penjaminan standar, dipertinggi, dan penjaminan lengkap. Sama halnya dengan premi, terdapat banyak variasi juga yang terjadi untuk karakteristik pembagian beban biaya lainnya seperti copayment dan pengobatan bertingkat (*tiered medication*). Contohnya di Maryland, tertanggung yang mendaftar untuk Medicare Rx membayar \$6 copayment untuk pengobatan bertingkat 1, \$28 untuk pengobatan bertingkat 2, \$69,19 untuk pengobatan bertingkat 3, dan 33 persen copayment untuk pengobatan spesialisik. Fakta bahwa semua *plan* tidak seluruhnya mirip merupakan hal yang kompetitif sehingga pendaftar harus mempertimbangkan banyak aspek seperti premi, copayment, penjaminan celah, dan daftar obat yang ditawarkan untuk menentukan *plan* yang tepat bagi mereka. Sebagai tambahan, beberapa *plan* hanya bisa melayani untuk kasus Medicare di wilayah tertentu sementara yang lain bisa menjangkau secara nasional. Walaupun karakteristik dan ketersediaan *plan* berubah dari waktu ke waktu, hal ini menunjukkan bahwa perkiraan ekivalen tetaplah menjadi patokan. Lagi-lagi, fitur Medicare Part D memungkinkan sponsor untuk membedakan *plan* manfaat mereka kemudian memasarkan *plan* tersebut pada komponen pasar pasien lanjut usia (misalnya, pasien lanjut usia dengan penghasilan tinggi dapat ditargetkan untuk diberi informasi tentang *plan* manfaat dipertinggi). Sebagai rangkuman, kebanyakan tertanggung dapat memilih dari sekitar 50 PDP dan banyak *plan* MA-PD (Hoadley et al., 2006).

Perlu diingat kembali bahwa *plan* dipertinggi adalah yang nilainya melebihi penjaminan standar. Ciri dari *plan* ini adalah menawarkan risiko sendiri yang rendah, copayment yang rendah dan atau pengurangan pembagian beban biaya di *donut hole*, atau disebut pula memberikan penjaminan celah. Contohnya, di tahun 2007 ada 12 PDP dengan premi melebihi \$100 per bulan, dan semua PDP ini adalah bagian dari 27 PDP yang menawarkan penjaminan penuh untuk daftar obat yang ada dalam penjaminan celah (Hoadley et al, 2006).

Untuk tertanggung dengan penghasilan rendah, Medicare Part D nampaknya sangat membantu. Tertanggung dapat menerima subsidi bagi yang berpenghasilan rendah (Low-Income Subsidies, LIS) untuk mendaftar pada *plan* obat resep. Di tahun 2007, tertanggung yang melebihi kriteria Medicaid namun memiliki penghasilan di bawah 135 persen kemiskinan dan keuangan di bawah \$6.120 per orang atau \$9.190 per pasangan tidak perlu membayar premi bulanan,

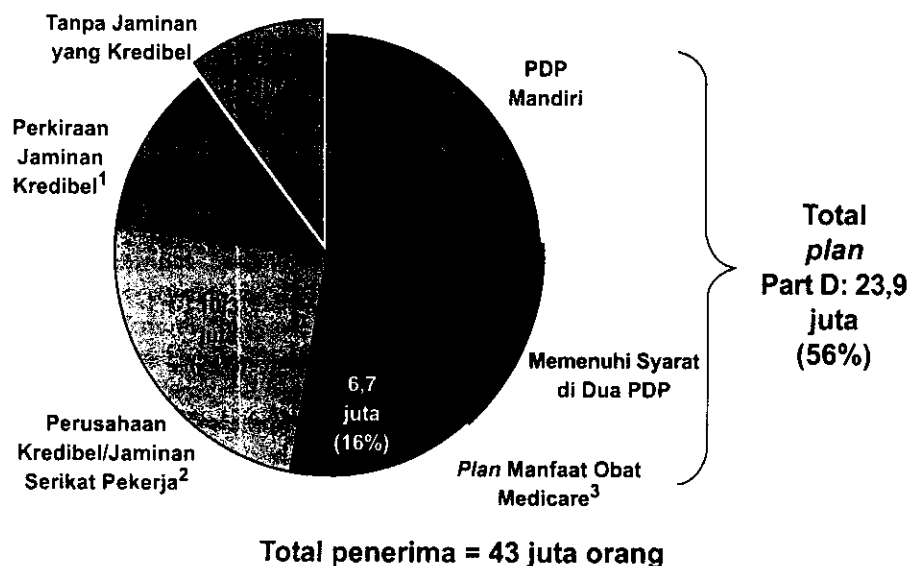
tidak ada resiko sendiri, dan copayment hanya \$2,15 untuk obat generik serta \$5,35 untuk obat bermerek. Tidak ada penjaminan celah dan mereka tidak perlu membayar copayment meski mencapai pengeluaran langsung sebesar \$3.850 untuk belanja obat. Tertanggung dengan penghasilan di bawah 150 persen kemiskinan dan keuangan di bawah \$10.120 per orang juga berkesempatan untuk membayar premi dan resiko sendiri lebih rendah daripada manfaat standar (Kaiser Family Foundation, 2007a). Meski angka-angka ini mungkin berubah di masa mendatang, namun ini menunjukkan karakteristik manfaat dan peluang pembagian beban biaya untuk individu yang memenuhi syarat penghasilan. Di saat tersedia subsidi untuk tertanggung dari kalangan ekonomi lemah, maka juga merupakan tantangan untuk sosialisasi bagi para penerima subsidi lainnya. Sebab terdapat hingga 48 persen orang dengan pendapatan di bawah 150 persen kemiskinan yang tidak menerima subsidi karena tidak mengetahui kalau mereka dapat menerima subsidi (Neuman et al, 2007).

Tertanggung yang memenuhi syarat untuk Medicare dapat langsung mengikuti *plan* obat dengan resep saat pertama kali memenuhi syarat (± 3 bulan setelah masuk usia 65 tahun). Seseorang dengan kecacatan dapat mendaftar ± 3 bulan setelah bulan kedua puluh lima mendapat tunjangan kecacatan. Untuk mengurangi dampak pilihan yang merugikan (misalnya, kecenderungan mendaftarnya tertanggung yang lebih tua dan menggunakan banyak obat dibanding tertanggung yang lebih muda dan menggunakan sedikit obat), individu yang tidak mendaftar *plan* obat Part D padahal sudah memasuki kriteria pendaftar akan dikenai penalti jika mereka mencoba mendaftar pada saat-saat terakhir. Penalti ini berupa kenaikan premi sebesar 1 persen per bulan penundaan pendaftaran. Penerima dari kalangan ekonomi lemah, termasuk yang berhak atas Medicare dan Medicaid, dapat terdaftar otomatis di CMS atau rekanan Part D dalam *plan* tanpa premi dan dapat menggantinya dengan *plan* lain sesuai kehendak mereka. Tertanggung yang memenuhi kriteria Medicare juga memiliki pilihan untuk membayar setiap penjaminan obat resep baik melalui perusahaan mereka, organisasi veteran, maupun organisasi kesehatan lainnya.

Di akhir bulan februari 2006, Departemen Kesehatan dan layanan sosial Amerika Serikat mengindikasikan sekitar 43 juta orang tertanggung Medicare memiliki akses penjaminan obat resep di bawah Part D (Kaiser Family Foundation, 2006c). Di awal 2007, penjaminan Part D sebesar 23,9 juta orang (gambar 17-2) dengan 15,2 juta orang (35 persen tertanggung Medicare) melalui asosiasi perusahaan, organisasi veteran, maupun pembayar penjaminan lainnya. Sekitar 4 juta orang saja yang tidak memiliki penjaminan untuk obat dengan resep (tabel 17-1) (Kaiser Family Foundation, 2006c).

Bukti awal menunjukkan bahwa Medicare Part D bermanfaat bagi para tertanggungnya. Contohnya, akses

Perkiraan HHS Tentang Sumber Jaminan Obat di antara Tertanggung Medicare, Per Januari 2007



Sumber: HHS, 30 Januari 2007. Data per 16 Januari 2007



Gambar 17-2. Luasnya penjaminan asuransi obat resep diantara tertanggung Medicare (The Medicare Prescription Drug Benefit—An update sheet (#7044-07). Henry J Kaiser Family Foundation, Oktober 2007). Sumber : <http://www.kff.org/medicare/medicarebenefitaglance.cfm>, diakses tanggal 19 Juni 2008.

ke obat-obatan nampak memadai. Walaupun banyaknya macam *plan* yang ditawarkan dan tiap *plan* mempunyai formularium berbeda, sebuah analisis yang membandingkan *plan* di California dan Hawaii menunjukkan bahwa dari delapan kategori yang banyak digunakan oleh pasien lanjut usia (menurut National Ambulatory Medical Care Survey), tujuh di antaranya memiliki obat yang “dijamin secara meluas.” Satu di antara penjaminan obat yang meluas, yaitu yang nilai *copayment*-nya \$35 atau kurang. Penjaminan untuk obat yang diteliti berkisar 7 hingga 100 persen dari formularium dan rata-rata 69 persen untuk semua jenis obat. Persentase tertinggi formularium yang menanggung tiap obat (rata-rata semua obat dalam kelas) adalah diuretika tiazid (90 persen), lalu beta bloker (85 persen), inhibitor ambilan kembali serotonin yang selektif (69 persen), bloker kanal kalsium (66 persen), penghambat enzim pengubah angiotensin (66 persen), statin (49 persen), dan penghambat reseptor angiotensin (39 persen).

Dalam hal biaya, Medicare juga meringankan para tertanggungnya (Tseng et al., 2007). Penelitian tersebut membandingkan biaya pengobatan 472 pasien dengan fibrilasi atrial dalam salah satu *plan* AARP, *plan* manfaat standar Part D, dan tanpa penjaminan. Total biaya pengobatan terendah adalah dengan *plan* AARP. Salah satu kekhawatiran yang

dikeluhkan tertanggung Medicare adalah tentang penjaminan celah. Penelitian lain menunjukkan walaupun 27–46 persen pasien yang mendapat penjaminan celah di *plan* AARP, hanya 3 sampai 11 persen yang berhasil menerima penjaminan katastropik (Evans-Molina et al., 2007). Walaupun akses untuk obat yang dibutuhkan tampaknya membaik dengan Medicare Part D, diperkirakan 20% orang yang memiliki paling tidak satu resep masih merasakan penolakan atau penundaan resep karena biaya (Neuman et al, 2007).

Dari sudut pandang Apotek, Medicare Part D telah menimbulkan beberapa kekhawatiran. Belum ada survei apotek yang dilakukan secara nasional sejak Juni 2006; karena itu sangat sulit untuk mengetahui dampak Medicare Part D terhadap Apotek. Beberapa farmasis melaporkan bahwa basis konsumen yang membayar tunai telah sangat berkurang. Farmasis menyebutkan terjadinya peningkatan kesulitan administratif karena mengelola begitu banyaknya asuransi. Farmasis juga merasa terbebani untuk menangani pasien dengan status ganda di Medicare dan Medicaid. Pergantian pasien dari Medicaid menjadi Medicare sering kali dilakukan oleh CMS sehingga menyebabkan penundaan pembayaran secara signifikan (sering kali 5 minggu atau lebih) (Kaiser Family Foundation, 2006a; Kantor Akuntan Publik, 2007).

Tabel 1. Pasien Kanjut Usia Berdasarkan Sumber Utama Penjaminan Obat Tahun 2006

	Pasien D	Pelayanan	VA (Veteran Administration organisasi veteran)	Lainnya	Tidak ada
	8.777	4.236	452	1.170	1.437
	130,2%	63,9%	3,1%	15,4%	8,5%
	30,7%		2,5%	5%	5,2%
	30,7%		3,0%	4%	8,9%
			3,1%	10,9%	12,9%
				6,8%	7,9%
				6,6%	6,8%
				7,3%	7,9%
			2,2%	7,8%	10,3%
				7,8%	3,0%
				13,9%	11,6%
				9,8%	10,1%
				12,5%	13,3%
				12,5%	11,0%
			2,9%	6,6%	11,8%
			2,1%	8,3%	8,2%
			2,9%	7,1%	6,4%
			1,9%	5,6%	13,7%
			2,9%	9,8%	10,9%
			5,4%	7,5%	7,6%
			3,0%	7,1%	6,6%
			3,8%	7,9%	23,1%
			7,8%	7,1%	6,6%
			7,8%	7,7%	4,8%
			7,8%	7,8%	22,2%
			7,8%	7,7%	10,1%
			7,8%	8,3%	16,1%
			7,8%	7,1%	5,9%
			7,8%	8,5%	3,9%
				7,1%	20,2%
				7,4%	11,1%

1. Pasien Kanjut Usia yang tidak memiliki asuransi kesehatan Medicare Part D dan tidak memiliki asuransi kesehatan Medicare Part C, tetapi memiliki asuransi kesehatan Medicare Part A dan Part B, dan tidak membayar biaya tambahan untuk asuransi kesehatan Medicare Part D.

Ada anekdot berupa laporan tentang adanya apotek yang menjadi bangkrut, pembayarannya telat, meningkatnya beban administratif apotek dan kehilangan pasien. Hal tersebut ditunjukkan oleh salah satu survei pada 22 pemilik apotek di daerah pedesaan yang baru-baru ini merangkum pengalaman mereka. Di antara para pemilik apotek ini, empat orang menerima semua kontrak yang disodorkan PDP, tetapi yang lain masih selektif dalam menerima kontrak tersebut. Para pemilik apotek merasa khawatir pada rendahnya tingkat penggantian beberapa *plan* sehingga merugikan keuangan Apotek. Contohnya, tarif penggantian bagi apotek adalah berdasarkan Average Wholesale Price (AWP) yang nilainya 10-30 persen di bawah AWP. Ongkos peracikan yang berkisar \$1,00 sampai \$4,00 dengan nilai tengah \$1,75 (Radford et al., 2007).

Kesimpulannya, MMA dan Medicare Part D merupakan sebuah perubahan kebijakan yang sangat besar memengaruhi kehidupan apotek dalam 20 tahun belakangan sejak Omnibus Budget Reconciliation Act di tahun 1990 dan persyaratan konselingnya. Medicare Part D telah membuat mayoritas pasien menerima obat lewat penjaminan asuransi untuk pembayarannya. Ini tentu meningkatkan akses bagi pasien lanjut usia khususnya dari kalangan ekonomi lemah. Namun, dampaknya pada apotek dan akses apotek (bukan akses kefarmasian) dalam hal viabilitas keuangan apotek menjadi tidak jelas. Apotek yang mengandalkan pendapatannya dari obat resep, seperti di daerah pedesaan tentu yang akan mudah melemah karena perubahan kebijakan yang signifikan ini.

■ MANAJEMEN TERAPI OBAT (MEDICATION THERAPY MANAGEMENT)

Salah satu aspek MMA dan Medicare Part D yang berguna bagi tertanggung dan apotek adalah dikenalkannya manajemen terapi obat (*medication therapy management*, MTM). MTM adalah kegiatan perbaikan kualitas yang disyaratkan oleh CMS pada sponsor kontrak *plan* yang memberikan asuransi obat resep Part D pada individu yang dianggap sebagai pengguna tertinggi layanan Medicare (misalnya, tertanggung dengan kondisi multikronis, memakai banyak obat, dan biaya obat melebihi \$4.000 di tahun 2006). Secara umum, tujuan MTM adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang obat, meningkatkan kepatuhan pengobatan, dan mengurangi efek samping. Contohnya, apotek mendapat penggantian untuk tinjauan obat secara komprehensif sehingga mereka mengetahui cara untuk memperbaiki terapi obat. Farmasis juga termasuk bagian dari *plan* MTM dan mendapat penggantian untuk intervensi khusus seperti penghentian penggunaan obat dengan risiko tinggi, serta mengidentifikasi dan meningkatkan kepatuhan pengobatan (Mirixa Clinical Solutions, 2007; Outcomes Sistem MTM, 2007; Outcomes Medicare *Plans*, 2007).

Dari sudut pandang apotek, MTM adalah seperangkat layanan yang disediakan oleh farmasis untuk memperbaiki luaran pengobatan (Tabel 17-2). Aspek positif MMA adalah apotek disebut sebagai salah satu penyedia jasa MTM dan ini membuat farmasis berkesempatan untuk mendapat pembayaran jasa layanan klinis dari perusahaan asuransi. Pada saat yang sama, perusahaan asuransi, bukan Medicare, diberi kuasa penuh terhadap siapa yang memerlukan layanan MTM, siapa yang memberikan layanan itu, dan bagaimana mereka akan dibayar. Satu hal yang masih menjadi masalah bagi farmasis adalah undang-undang mencegah MTM sebagai ajang penagihan untuk tertanggung Medicare melalui sistem penggantian. Sebagai gantinya, farmasis dibayar untuk MTM dari biaya administrasi yang diberikan pihak sponsor dari CMS atau melalui pendapatan premi.

Perkembangan layanan MTM dalam Medicare Part D oleh PDP telah melambat dibanding perkembangan manfaat pengobatan dengan resep, tetapi momentum untuk MTM tumbuh di tahun 2007. Ini bukanlah hal yang tidak diharapkan karena *plan* menginginkan manfaat obat resepnya berfungsi per Januari 2006, diikuti dengan aktivitas penjaminan mutu seperti MTM. Dua penelitian tentang penerapan MTM oleh PDP dilakukan di akhir 2006. Di antara 70 perusahaan asuransi yang mewakili 12,1 juta tertanggung, 90 persen telah memiliki *plan* MTM dengan keikutsertaan berdasarkan jumlah kondisi kronik (mediannya tiga macam), dan 95 persen lainnya berdasarkan jumlah pengobatan (mediannya enam obat). Dalam hal pelayanan yang dilakukan lewat 21 program MTM yang berbeda, edukasi pasien (75 persen dari program), kepatuhan pasien (70 persen), dan peninjauan obat (60 persen) adalah yang paling umum dilakukan. Hampir semua *plan* menggunakan pusat panggilan telepon dan kiriman materi lewat surat. Hanya empat *plan* yang menggunakan konsultasi langsung melalui farmasis komunitas untuk tertanggung tertentu (Touchette et al., 2006). Penelitian kedua juga memberi hasil yang sama, kebanyakan program menggunakan farmasis dan perawat dari managed-care untuk menyediakan layanan MTM (Boyd, Boyd, and Zillich, 2006). Hanya ada sedikit peluang bagi farmasis di ruang lingkup apotek komunitas maupun klinik untuk memberikan layanan MTM bagi tertanggung. Sejak keluarnya dua penelitian ini, suksesi *plan* MTM mulai dilaksanakan dan riset untuk menilai dampak MTM akan dilakukan pada tahun-tahun mendatang (Mirixa clinical solution, 2007; Outcomes MTM system, 2007; Outcomes Medicare *Plans*, 2007).

Sampai hari ini, hanya ada sedikit data tersedia mengenai tertanggung yang memenuhi syarat mendapatkan MTM dan luaran terkait program MTM. Daniel dan Malone (2007) meneliti data Survei Panel Pengeluaran Medicare (Medicare Expenditure Panel Survei, MEPS) tahun 2002-2003 untuk mengetahui ciri tertanggung yang layak mendapat MTM.

Salah satu nilai positif untuk apotek adalah kode Terminologi Prosedur Terkini (Current Procedural Terminology, CPT) yang dikembangkan secara khusus untuk layanan MTM oleh Farmasis. Kode ini adalah standar yang digunakan layanan kesehatan untuk penagihan barang dan jasa. Kode terpisah telah dikembangkan untuk layanan 15 menit awal bagi pasien baru (99605), layanan 15 menit awal untuk pasien lama (99606), dan tambahan waktu 15 menit lainnya (99607). Meskipun kode ini belum dipakai secara umum, tetapi diantisipasi kalau penggunaannya akan meningkat seiring pelaksanaan layanan MTM yang melibatkan farmasis (America Society of Health System Pharmacists, 2007).

Medicare Part D telah meningkatkan akses obat resep untuk jutaan lansia. Pemberian *plan* oleh swasta telah menghasilkan banyak pilihan yang dapat berdampak bagi pasien dan apotek. MTM dikembangkan pada tahun 2007 dan memiliki manfaat atau kerugian pada struktur dan operasionalnya saat ini (Tabel 17-3). Dampak jangka panjang dari layanan MTM pada pasien, apotek dan farmasis, serta program Part D masih belum diketahui. Di bagian selanjutnya kita akan membicarakan beberapa hal perhatian manajemen yang berkaitan dengan part D.

Pada bab 2, proses manajemen dijelaskan dalam bentuk kubus yang menjelaskan tingkat, aktivitas, dan sumber daya yang dikelola farmasis (lihat gambar 2-1). Tiga sumber daya utama yang harus dikelola farmasis agar Part D dapat bekerja dengan efektif adalah orang, uang, dan informasi. Farmasis juga harus mengelola rencana secara efektif, mengorganisasi, melakukan aksi, dan mengevaluasi aktivitas mereka untuk memantau dampak Part D pada praktik mereka. Akhirnya, organisasi apotek, pimpinan, dan farmasis perlu mempertimbangkan cara mengelola pengembangan dan implementasi layanan MTM serta aktivitas penjaminan mutu lainnya sehingga sponsor *plan* Part D akan meminta bantuan apotek tersebut

Sponsor *plan* biasanya adalah perusahaan asuransi dan PBM (pharmaceutical benefit manager). Sponsor yang memiliki *plan* dengan pendaftar Medicare Part D terbesar di tahun 2006 adalah United Healthcare, Humana, Wellcare, Wellpoint, Member Health, Caremark, dan Pennsylvania Life Insurance Company (Hoadley et al., 2006). Farmasis perlu membuat kontrak dengan sponsor *plan* untuk memberikan

Seperti halnya keikutsertaan pada model asuransi pihak ketiga lainnya, apotek hanya memiliki pengaruh yang kecil dalam negosiasi tingkat penggantian dengan sponsor *plan*. Satu-satunya pengecualian adalah standar Tricare yang digunakan untuk memastikan akses pasien ke apotek. Disebutkan bahwa paling sedikit 70 persen bertanggung, secara rata-rata, harus yang tinggal 15 mil dari apotek ritel. Beberapa apotek dapat menegosiasikan tarif penggantian yang lebih tinggi karena adanya standar tersebut (Radford et al., 2007). Data yang dapat menjelaskan asuhan kualitas tinggi di apotek, seperti angka kesalahan peracikan, persentase pasien yang dikonseling, atau persentase pasien mendapat tindak

Membuat keputusan tentang kontrak PDP mana yang diterima bisa menghabiskan banyak waktu. Di tahun 2007, ada 1.875 PDP berbeda, dan ada 23 *plan* skala nasional, semi nasional, atau menjangkau 10+ daerah Medicare (Hoadley et al., 2006). Walaupun apotek jaringan yang besar telah memiliki staf administratif yang bertanggung jawab untuk mengevaluasi keikutsertaan dalam berbagai *plan* obat, apotek jaringan yang lebih kecil dan mandiri seringkali tidak memiliki sumberdaya untuk meninjau semua kontrak yang disodorkan. Hal ini dapat menyebabkan mereka memilih kontrak yang dapat mengakibatkan kerugian bagi apotek, atau bahkan tidak memilih *plan* yang malah membantu mereka.

Apotek jaringan yang kecil dan mandiri dapat meningkatkan pengaruh mereka dalam negosiasi bila mereka diperbolehkan untuk bergabung dan menawar sebagai satu kelompok, ini disebut penawaran kolektif (*collective bargaining*). Meskipun demikian, undang-undang persaingan usaha pemerintah pusat dan daerah mencegah terjadinya kompetitor yang bertindak bersama dalam kontrak seperti kontrak dengan sponsor *plan* obat Medicare Part D tersebut. National Community Pharmacist Association, sebuah organisasi dagang

mewakili pemilik usaha apotek mandiri dan para farmasis terus melakukan upaya advokasi untuk peluang tersebut.

Dalam usahanya untuk berinteraksi secara efektif dengan *plan* obat resep, apotek jaringan yang kecil dan apotek mandiri sering memilih menggunakan jaringan pihak ketiga seperti AccessHealth (www.mckesson.com/en_us/McKesson.com/Forpercent2BPharmacies/Independentpercent2BRetail/Managedpercent2BCare/AccessHealth.html) melalui McKesson atau Leader Pharmacies melalui Cardinal Health (www.cardinal.com/us/en/pharmacies/offerings/leader/index.asp) untuk membantu mereka dalam hal kontrak dengan pihak ketiga, harga pembelian kelompok, peluang pengembangan usaha, dan advokasi. Sebagai contoh, alat manajemen keuangan yang ditawarkan oleh AccessHealth meliputi konsolidasi penggantian untuk PDP, transfer dana elektronik, laporan klaim *online*, bantuan rekonsiliasi untuk klaim bermasalah, dan alat pembelian *online* untuk memfasilitasi pesanan real-time dan status inventaris.

Pelaksanaan teknologi informasi untuk Part D sendiri belum jelas karena terkait peresepan elektronik dan dampaknya pada apotek. Sekarang ini, interaksi farmasis dengan PDP secara elektronik adalah untuk menentukan kelayakan dan keabsahan hukum dari klaim. MMA mengarahkan Sekretaris Departemen Kesehatan dan Layanan Sosial untuk menetapkan standar pemerintah federal mengenai *e-prescribing*. Lima studi pilot dilakukan di tahun 2005-2006 untuk menguji enam standar, menunjukkan bahwa tiga standar siap untuk dilaksanakan. Standar tersebut terkait kewenangan utama, SIG terstruktur (instruksi resep) dan RxNorm (ketersediaan nama standar, dosis, dan formulir) belum siap diterapkan karena banyaknya pendekatan yang digunakan dalam ketiga area ini di antara berbagai teknologi informasi kesehatan. Peresepan elektronik juga tidak dipersyaratkan MMA, namun *plan* mengharuskan ketersediaannya sehingga penyedia harus menggunakannya. Saat standar berkembang, pemakaian *e-prescribing* diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan cara mengurangi kesalahan resep dan peracikan (Agency for Healthcare Research & Quality, 2007).

Farmasis dan organisasi apotek harus terus mengawasi perubahan pada Part D dan menilai dampaknya dalam praktik. Sumber informasi bagi farmasis dan pasien tentang Part D sudah banyak tersedia (tabel 17-4).

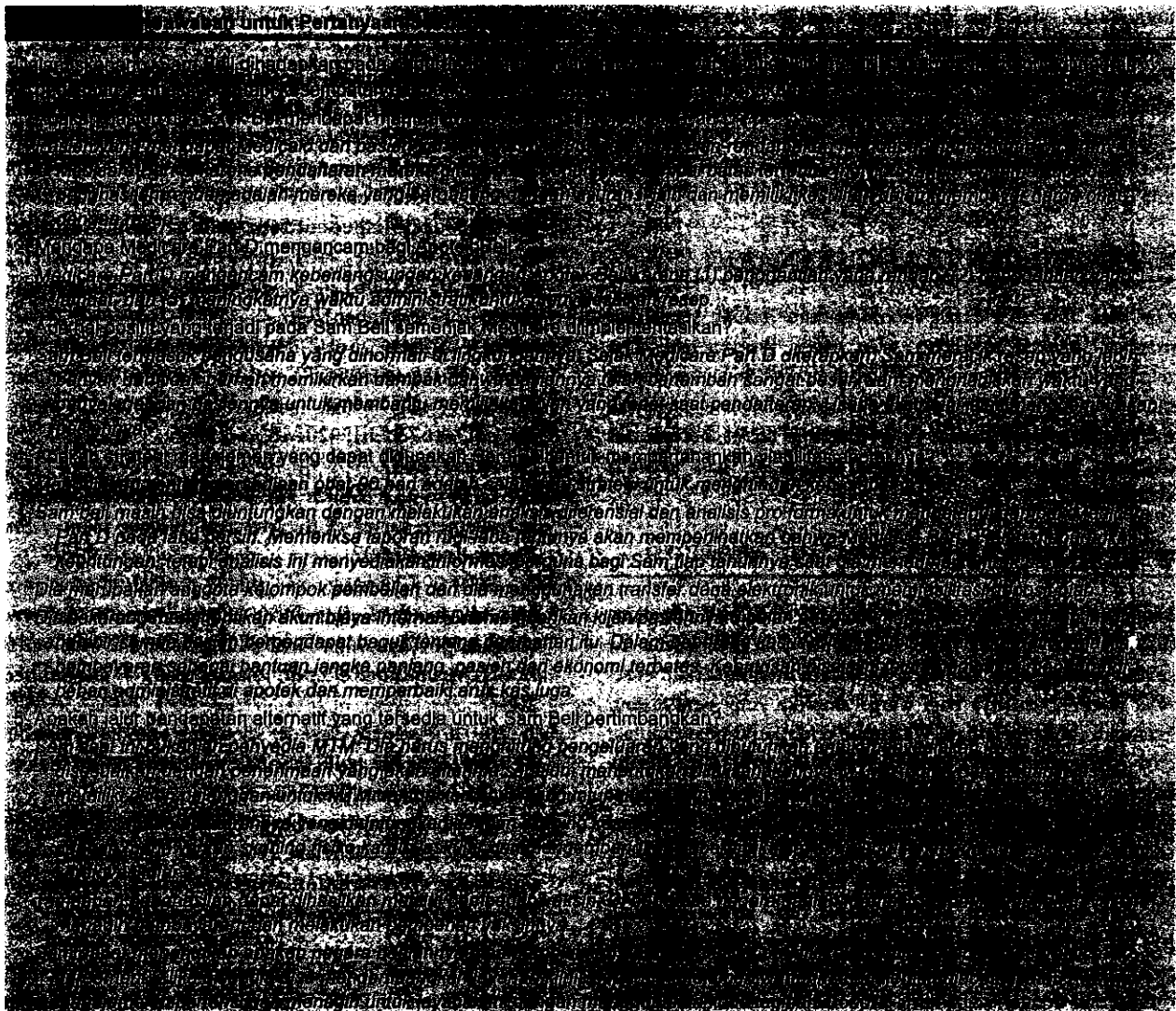
■ EPILOG: APA SAJA YANG SUDAH KITA PELAJARI SEJAUH INI?

Medicare Part D relatif baru saja diterapkan sehingga masih banyak yang harus dipelajari tentang dampaknya terhadap pasien, farmasis dan apotek, serta sistem kesehatan secara umum. Untungnya, sejumlah program evaluasi telah dilakukan pemerintah. Hasil dari evaluasi ini akan membantu para pembuat kebijakan, farmasis, dan pasien

dalam menyaring program mereka lebih jauh dan membuat pilihan lebih informatif.

Di bulan November 2006, Kaiser Family Foundation mewawancarai beberapa orang sebagai perwakilan nasional kaum lansia tentang Medicare Part D. Pada tahap awal pelaksanaan pendaftaran (November 2005-Januari 2006), hanya 30 persen responden yang menyatakan memiliki pendapat menyenangkan tentang manfaat Medicare Part D, sementara 47 persen lainnya menyatakan tidak memiliki pendapat yang menyenangkan tentang penerapan Medicare Part D. Namun setelah bulan November, angka ini berubah menjadi 42 persen responden menyatakan diuntungkan dengan adanya Medicare sementara 34 persen lainnya merasa tidak mendapat manfaat dari adanya Medicare. Mayoritas responden (68 persen) setuju atau agak setuju bahwa Medicare Part D membantu mereka untuk menghemat uang penebusan resep, sementara 58 persen lainnya menyatakan setuju atau agak setuju program tersebut “sesuai untuk lansia seperti aku.” Meskipun demikian, mayoritas (78 persen) responden menyatakan setuju atau agak setuju bahwa Medicare Part D cukup menyusahkan mereka sedang 60 persen dari total responden cenderung memilih *plan* obat yang lebih sedikit dari pilihan yang ada (Kaiser Family Foundation, 2006b).

Menyederhanakan Medicare Part D agar mudah dimengerti oleh pasien adalah tugas farmasis sehingga pasien merasa terbantu dan meningkatkan minat pasien untuk berobat. Survei nasional yang diselenggarakan oleh Kaiser Family Foundation pada musim semi tahun 2006 menyebutkan bahwa farmasis memiliki keyakinan positif tentang dampak penerapan Medicare Part D dari segi biaya dan akses pasien terhadap obat, khususnya pasien dari kalangan ekonomi lemah (Kaiser Family Foundation, 2006d). Farmasis juga melaporkan bahwa mereka merupakan sumber informasi yang baik mengenai Medicare Part D dan menavigasi sistem untuk memberi obat pada pasien. Hampir semua apotek menunjukkan bahwa mereka menyediakan waktu untuk berbicara dengan pasien tentang pendaftaran Medicare Part D dan menjawab pertanyaan pasien tentang program itu. Namun, farmasis juga menunjukkan rasa frustrasi ketika melaksanakan *plan* di bawah Medicare Part D. Lebih dari separuh responden (53 persen) merasa bahwa beban administratif untuk pembelian obat akibat pelaksanaan Medicare Part D melebihi beban pembelian obat melalui *plan* asuransi lainnya. Lebih dari 40 persen farmasis menyatakan bahwa penggantian yang diberikan oleh Medicare Part D lebih rendah daripada asuransi lainnya, dan 29 persen melaporkan waktu yang lama untuk memperoleh penggantian. Farmasis yang bekerja di apotek jaringan dan apotek mandiri memiliki pendapat yang berbeda tentang Medicare Part D. Contohnya, 78 persen farmasis di apotek mandiri merasa bahwa penggantian oleh tipe D lebih rendah sementara hanya 29 persen farmasis di apotek jaringan yang menyatakan hal serupa. Lebih dari seperempat



(27 persen) responden farmasis yang memiliki apotek sendiri menyatakan bahwa mereka harus melakukan pinjaman karena masalah keuangan akibat keterlambatan proses penggantian Medicare Part D, sementara hanya 1 persen farmasis apotek jaringan yang mengalami masalah serupa. Dari segi perspektif keuangan secara keseluruhan, 44 persen apotek mandiri dan 7 persen apotek jaringan menyatakan bahwa tipe D membebani keuangan Apotek (Kaiser Family Foundation, 2006d).

Farmasis harus menimbang isu keuangan dan layanan konsumen. Dari segi keuangan, farmasis harus menilai apakah penggantian yang diberikan cukup besar untuk keikutsertaan mereka di Medicare. Untuk layanan konsumen, farmasis harus menilai apakah *plan* yang akan mereka terapkan sesuai dengan yang akan dipilih konsumen. MTM memberikan peluang Farmasis untuk menghasilkan sumber pendapatan yang lain. MTM bagi sponsor *plan* adalah aktivitas penjaminan mutu

dan bukan layanan yang membuat mereka mendapatkan bayaran dari CMS.

Salah satu isu lainnya yang akan menjadi penting di masa depan bahwa CMS adalah instrumen untuk membangun Pharmacy Quality Alliance (pqaalliance.org). Organisasi berbagai pemangku kepentingan ini bertanggung jawab untuk mengukur, mengumpulkan, dan melaporkan kinerja apotek dan level farmasis. Misalnya, farmasis dan/atau apotek bisa dibandingkan berdasarkan persentase pasien tertanggung Medicare yang mendapat obat risiko tinggi yang tercantum dalam daftar yang telah disetujui atau persentase pasien yang menggunakan obat harian sebesar 60–80% selama 6 bulan. Pada tahun 2007, Pharmacy Quality Alliance memulai pengukuran untuk mengevaluasi kualitas apotek, farmasis, dan layanan farmasis. Gagasan ini sejalan dengan Hospital Quality Alliance dan Ambulatory Care Quality Alliance, dalam hal

ketersediaan informasi yang terpercaya dan mudah diakses tentang kualitas pelayanan untuk perbandingan bagi publik (www.hospitalcompare.hhs.gov). Kita telah tertinggal beberapa tahun dalam hal membandingkan apotek berdasarkan kualitas pelayanan yang diberikan, meskipun demikian harus mengawasi pelaksanaan gagasan ini dan berpartisipasi aktif membuat kita dapat turut serta dalam membentuk masa depan.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Sam Bell akhirnya dapat meningkatkan jumlah resep dan menjadi selektif terhadap *plan* yang diterimanya. Dia menggunakan jaringan pihak ketiga untuk beberapa aspek manajemen bisnisnya. Menggunakan analisis keuangan untuk menentukan *plan* mana yang diterima lebih bermanfaat daripada menggunakan kriteria suplai-90 hari sebagai kriterianya.

■ KESIMPULAN

Medicare Part D adalah *plan* asuransi obat sukarela yang dikelola oleh banyak *plan* kesehatan dan ditawarkan ke semua tertanggung Medicare. Medicare meningkatkan akses obat resep khususnya bagi warga Amerika yang berasal dari kalangan ekonomi lemah. Walaupun terdapat standar manfaat dari Medicare Part D, ada banyak *plan* yang bisa dipilih karena semua *plan* diperkirakan ekuivalen. Farmasis dapat membantu pasien lanjut usia untuk mengurangi kesulitan terkait banyaknya *plan* dari Medicare Part D khususnya pada awal pendaftaran. Salah satu komponen Medicare Part D yang memberikan peluang besar bagi farmasis adalah MTM. Farmasis dapat secara kontinyu mengawasi dampak pelaksanaan tipe D, seperti menentukan *plan* mana untuk diikuti dan dengan siapa kerjasama dalam melakukan MTM. Akhirnya, farmasis harus selalu memperbaharui informasi tentang perubahan pada Medicare Part D dan mengasosiasikan perubahan yang terjadi dengan NPI, peresepan elektronik, dan penjaminan kualitas apotek.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Bagaimana dan mengapa standar manfaat Medicare berubah sejak 2006?
2. Tren apa yang tercatat dalam desain manfaat *plan* obat resep sejak tahun pertama penerapan Part D?
3. Apakah peraturan yang diperkirakan dapat "memperbaiki" Medicare Part D, khususnya dari sudut pandang farmasis?
4. Pengukuran kualitas apa yang telah diajukan dan diuji untuk membandingkan *plan* obat resep dan apotek?

REFERENSI

- Agency for Healthcare Research & Quality. 2007. National Resource Center for Health Information Technology. Electronic Prescribing. http://healthit.ahrq.gov/portal/server.pt?open=514&objID=5554&mcode=2&holderDisplayURL=http://prodportalb.ahrq.gov:7087/publishedcontent/publish/communities/k_o/knowledge_library/key_topics/health_briefing_03282006124741/electronic_prescribing.html; diakses 21 November, 2007.
- American Society of Health-System Pharmacists. 2007. Pharmacists' CPT codes become permanent. Tersedia di www.ashp.org/s_ashp/article_news.asp?CID=167&DID=2024&id=23065; diakses 21 November, 2007.
- Boyd ST, Boyd LC, Zillich AJ. 2006. Medication therapy management survey of the prescription drug plans. *J Am Pharm Assoc* 46:692.
- CMS. 2007a. Guidance on the Actuarial Equivalence Standard for the Retiree Drug Subsidy; tersedia di www.cms.hhs.gov/EmployerRetireeDrugSubsid/Downloads/ActrlEqvIncStdforRDS.pdf; diakses pada 7 November, 2007.
- CMS. 2007b. National Provider Identifier Standard; tersedia di www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/; diakses pada 21 November, 2007.
- CMS. 2007c. *Prescription Drug Benefit Manual*, Chapter 5: Benefit and Beneficiary Protection. Tersedia di www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovContra/Downloads/PDMChap5BeneProtection.030907.pdf; diakses pada 7 November 2007.
- Cubanski J, Malone P. 2007. Status report on Medicare part D enrollment in 2006: Analysis of plan-specific market share and coverage. *Health Affairs* 26:w1 (Publikasi online 21 November, 2006; 10.1377/hlthaff.26.1.w1).
- Daniel GW, Malone DC. 2007. Characteristics of older adult who meet the annual prescription drug expenditure threshold for Medicare medication therapy management programs. *J Manag Care Pharm* 13:142.
- Evans-Molina C, Rean S, Henault LE, et al. 2007. The new Medicare part D prescription drug benefit: An estimation of its effect on prescription drug costs in Medicare population with atrial fibrillation. *J Am Geriatr Soc* 55:1038.
- General Accounting Office. 2007. Challenges in enrolling new dual-eligible beneficiaries; tersedia di www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-07-272; diakses pada 8 November, 2007.
- Hoadley J, Hargrave E, Merrell K, et al. 2006. benefit Design and Formularies of Medicare Drug Plans: A Comparison

- of 2006 and 2007 Offerings, a First Look; tersedia di www.kff.org, report no. 7589; diakses pada 7 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2006a. standard Medicare Drug Benefit; tersedi di www.kff.org/medicare/medicarebenefitatglance.cfm; diakses pada 14 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2006b. Chartpack: Seniors and the Medicare Prescription Drug Benefit, Desember; tersedia di www.kff.org/kaiserpolls/7604.cfm; diakses pada 7 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2006c. Tracking Prescription Drug Coverage under Medicare: Five Ways to Look at the New Enrollment Numbers, Februari; tersedia di <http://www.kff.org/medicare/7466.cfm>; diakses pada 8 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2006d. National Survey of Pharmacists, November; tersedia di www.kff.org/kaiserpolls/upload/7585.pdf, diakses pada 7 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2007a. Prescription Drug Sources Among Medicare Beneficiaries; tersedia di www.kff.org/medicare/med043007oth.cfm; diakses pada 21 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2007b. Additional Help with Prescription Drug Costs for Low-Income People on Medicare (For 2007 Benefits and Cost-Sharing). Tersedia di www.kff.org/medicare/med062804oth.cfm; diakses pada 7 November, 2007.
- Kaiser Family Foundation. 2007c. Medicare Prescription Drug Benefit: An Updated Fact Sheet, October; tersedia di www.kff.org/medicare/upload/7044_07.pdf; diakses pada 7 November, 2007.
- Mirixa Clinical Solutions. 2007. Tersedia di www.mirixa.com/media/8760/mirixapercent20clinicalpercent202.pdf; diakses pada 21 November, 2007.
- Morgan PC, for the Congressional Research Service at the Library of Congress. 2004. health Care Spending: Past Trends and Projections, Order Code RL31094; tersedia di <http://kuhl.house.gov/UploadedFiles/healthspending.pdf>; diakses pada 14 November, 2007.
- Neuman P, Trollo MK, Guterman S, et al. 2007. Medicare prescription drug benefit progress report: Findings from a 2006 national survey of seniors. *Health Affair* 26:w630; dipublikasikan online pada 21 Agustus, 2007; tersedia di 10.1377/hlthaff.26.5.w630.
- Oliver TR, Lee PR, Lipton HL. 2004. A political history of Medicare and prescription drug covarage. *Milbank Q* 82:283.
- Outcomes MTM System. 2007. Tersedia di www.getoutcomes.com/asp/Sponsors/Welcome/outcomesmtmsystem.aspx; diakses pada 21 November, 2007.
- Outcomes Medicare Plans. 2007. Tersedia di www.getoutcomes.com/asp/Sponsors/medicareplans.aspx; diakses pada 21 November, 2007.
- Radford A, Slifkin R, Fraser R, et al. 2007. The experience of rural independent pharmacist with Medicare Part D: Reports from the field. *J Rural Health* 23:286.
- Touchette DR, Burns AL, Bough MA, Blackburn JC. 2006. Survey of medication therapy management programs under Medicare Part D. *J Am Pharm Assoc* 46:683.
- Tseng CW, Mangione CM, Brook RH, et al. 2007. Identifying widely covered drugs coverage variation among Medicare Part D formularies. *JAMA* 297:2596.

PENGANGGARAN (*BUDGETING*)

David A. Gettman

Tentang Penulis: Dr. Gettman adalah seorang Associate Professor di Department of Pharmaceutical, Administrative, and Social Sciences di University of Appalachia College of Pharmacy. Meraih gelar B.S. di bidang farmasi dari University of Montana, gelar MBA dari College of William and Mary, serta Ph.D. dalam bidang administrasi perawatan kesehatan dari University of Florida. Beliau telah berpengalaman di berbagai bidang kefarmasian termasuk farmasi komunitas, rumah sakit, nursing home (fasilitas perawatan kesehatan jangka panjang), hospice (nursing home untuk pasien yang sekarat), serta di Angkatan Laut dan Angkatan Udara Amerika Serikat. Di samping manajemen Farmasi, Dr. Gettman mengajar hukum farmasi, etika perawatan kesehatan, layanan kesehatan, farmakoepidemiologi, farmakoeкономи, biostatistik, dan metodologi Penelitian. Beliau juga seorang penulis dari berbagai publikasi ilmiah serta sering memberikan kuliah pada tingkat negara bagian, nasional, maupun internasional

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menyusun dan menjelaskan lima tujuan sistem penganggaran.
2. Menjelaskan persamaan dan perbedaan anggaran operasional yang disusun oleh industri farmasi, sistem kesehatan yang menawarkan layanan bernilai tambah, apotek komunitas, dan organisasi apotek nirlaba.
3. Menjelaskan konsep aktivitas berbasis anggaran dan manfaatnya pada proses penganggaran.
4. Menjelaskan tiap rencana penganggaran hingga terbentuknya anggaran induk.
5. Mendiskusikan peranan asumsi dan prediksi pada proses penganggaran.
6. Menjelaskan proses administrasi anggaran khas dari organisasi apotek.
7. Memahami pentingnya penganggaran biaya siklus hidup suatu produk
8. Mendiskusikan implikasi perilaku dari *budgetary slack* dan penganggaran partisipatif.

■ SKENARIO

Mary Quint, Pharm.D., baru saja diangkat menjadi manajer produksi dan distribusi nutrisi parenteral total (total parental nutrition, TPN) di sebuah unit bisnis bernama Home TPN Care. Home TPN Care adalah bagian dari layanan kesehatan sebuah sistem kesehatan universitas lokal yang juga memiliki unit usaha lain seperti rumah sakit pendidikan, beberapa klinik, dan berbagai layanan penyokong lainnya. Proses pengadaan, penerimaan, verifikasi

asuransi, pemrosesan klaim, dan operasional keuangan ditangani sepenuhnya oleh Home TPN Care yang berjarak 5 mil dari rumah sakit pusatnya. Home TPN Care selalu menghasilkan laba bersih positif yang berkontribusi bagi target laba sistem kesehatan dan menyokong kegiatan lain yang bersifat nirlaba. Program klinik, asuhan pasien, kualitas, dan perbaikan proses terintegrasi ke dalam rencana strategis sistem kesehatan.

Home TPN Care sendiri sebenarnya adalah sebuah apotek berizin dan penyedia infus mandiri (home infusion provider) yang bertanggung jawab untuk menyediakan berbagai macam produk dan layanan agar asuhan pasien, khususnya pasien rawat jalan, berjalan secara aman dan efektif. Sejak tahun 2001, Home TPN Care menyediakan produk infus, terapi nutrisi, obat khusus, perawatan dengan infusi berteknologi tinggi, serta layanan manajemen asuhan lain ke seluruh daerah. Sebuah tim lintas disiplin ilmu terdiri dari farmasis, perawat, ahli gizi bersama dengan tenaga teknis, administrasi, dan staf pendukung lain memproduksi sediaan (seperti, pencampuran), pengelolaan peralatan, peracikan, pengiriman, serta layanan manajemen asuhan untuk memastikan bahwa regimen obat rumah untuk pasien aman dan efektif pada keseluruhan terapinya. Staf memiliki akses langsung untuk memutakhirkan serta melengkapi informasi medis dan obat pasien yang memfasilitasi kerja sama yang efektif dan efisien dengan dokter ataupun pemberi layanan kesehatan lainnya di dalam organisasi. Untuk memastikan transisi dari rawat inap menjadi asuhan rawat jalan yang lancar pada pasien, Home TPN Care memiliki tim pelatihan dan edukasi. Tim ini terdiri dari perawat dan ahli gizi yang menangani pasien dan menunjuk tim asuhan kesehatan untuk pasien tertentu yang memerlukan perawatan di rumah terkait dengan penghentian perawatan di rumah sakit serta menunjuk perawat infusi yang memberikan asuhan kepada pasien di rumah.

Meskipun Home TPN Care ditempatkan dalam divisi layanan asuhan di rumah (*home care*) pada struktur organisasional sistem kesehatan, hubungan administratif terjadi antara Home TPN Care dengan departemen praktik kefarmasian dari sistem kesehatan. Hal ini menyebabkan banyak kegiatan administratif, praktik kefarmasian, dan pendidikan yang dikerjakan secara kolaboratif dan terintegrasi. Perwakilan dari Home TPN Care terdapat pada beberapa departemen komite farmasi. Sebagai tambahan, kebanyakan profesional dari Home TPN Care juga memiliki kesepakatan akademik dalam universitas itu, merefleksikan komitmen untuk mengajar, pelatihan magang, maupun penelitian.

Dr. Quint telah diberikan saran karena banyaknya kewajiban tugas yang baru, ia akan memerlukan anggaran induk, atau proyeksi keuntungan, untuk Home TPN Care. Jelas sekali bagi Dr. Quint bahwa dia perlu membuka lagi materi kuliah manajemen farmasi tentang penganggaran sebelum sebelum dia bisa menangani tantangan itu dengan baik.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana peran anggaran dalam menjembatani proses komunikasi dan koordinasi di sebuah organisasi apotek?
2. Apa yang dimaksud dengan anggaran induk, dan apa sajakah bagian dari sebuah anggaran induk?
3. Apa yang dimaksud dengan *anggaran operasional*?
4. Apakah perbedaan penganggaran berbasis aktivitas dengan metode penganggaran konvensional?
5. Bagaimana peranan *e-budgeting*?
6. Apakah tujuan penyusunan pedoman penganggaran?
7. Apakah yang dimaksud dengan *zero-base budgeting*?
8. Apakah yang dimaksud dengan *budgetary slack* dan penyebabnya?

■ PENDAHULUAN

Penyusunan anggaran adalah langkah kritis pada setiap kegiatan ekonomi. Ini berlaku juga bagi bisnis farmasi baik yang dijalankan oleh individu maupun perusahaan. Sebagai individu, kita harus menganggarkan dana yang ada untuk pengeluaran sehari-hari atau untuk kebutuhan khusus yang membutuhkan dana besar, seperti membeli mobil. Begitu pula dengan semua tipe dan agensi pemerintahan dari bisnis farmasi harus membuat rencana keuangan untuk kegiatan rutin, merencanakan belanja harian, dan membantu dalam pembuatan keputusan finansial.

■ TUJUAN SISTEM PENGANGGARAN

Anggaran adalah rencana terperinci yang secara kuantitatif menjelaskan bagaimana sumber daya diperoleh dan dapat dipergunakan dengan baik selama periode waktu tertentu. Prosedur yang digunakan untuk menyusun suatu anggaran disebut *sistem penganggaran*. Sistem penganggaran memiliki lima tujuan utama

Perencanaan

Tujuan yang paling utama dari penganggaran adalah untuk mengukur rencana kegiatan secara kuantitatif. Proses penganggaran mengharuskan orang-orang yang terdapat dalam sebuah organisasi untuk mengantisipasi atau bereaksi terhadap perubahan yang terjadi. Sebagai contoh, izin edar yang dikeluarkan U.S. Food and Drug Administration (FDA) untuk capecitabine, bentuk oral dari fluorouracil, pada tahun 1998, serta imatinib mesylate, bahan aktif oral untuk leukemia myeloid kronis, pada tahun 2001, menandakan periode baru dalam perencanaan anggaran bagi keuntungan apotek. Hal ini merupakan perhatian khusus bagi perusahaan kecil yang terasuransi mandiri, karena seorang pasien yang membeli obat tersebut sampai sebesar 25.000 dolar per tahun

terapi akan memberikan keuntungan 10 % atau lebih bagi apotek (Curtiss, 2006).

Memfasilitasi Proses Komunikasi Dan Koordinasi

Agar sebuah organisasi menjadi efektif maka tiap manajer dalam organisasi itu harus mengetahui rencana kerja yang dimiliki manajer lainnya. Proses penganggaran ini akan merangkum semua rencana kerja dari tiap manajer dalam organisasi itu. Misalnya, industri farmasi yang memasarkan produk berpotensi laris sering kali dibentuk oleh sebuah kelompok yang terdiri dari peneliti dan manajer proyek dari seluruh dunia. Para manajer ini tentunya membutuhkan informasi keuangan tingkat lokal, nasional, dan global (Cowlick, Dumon, dan Bauleser, 2002).

Mengalokasikan Sumber Daya

Sumber daya yang dimiliki setiap organisasi terbatas jumlahnya, begitupun halnya baik di apotek maupun industri farmasi. Anggaran bertujuan untuk menentukan alokasi sumber daya di antara penggunaannya yang banyak. Rumah sakit contohnya, harus menentukan pilihan yang sulit antara mengalokasikan uang yang ada untuk layanan (seperti di bagian apotek, laboratorium, atau perawatan), pemeliharaan bangunan dan peralatan (misalnya, tempat tidur, *laminar air hood*, dan kendaraan), serta layanan komunitas lainnya (misalnya, layanan perawatan anak serta program pencegahan penyalahgunaan alkohol dan NAPZA). Tentunya pengalokasian sumber daya bagi kegiatan kefarmasian untuk meningkatkan keselamatan pasien yang terkait kematian pasien karena obat harus bersaing dengan area lain yang membutuhkan dana untuk memperbaiki asuhan pasien (Tierney, 2004).

Mengontrol Keuangan Dan Operasional

Sebuah anggaran adalah sebuah rencana, sedangkan rencana adalah alat untuk perubahan. Suatu anggaran akan berfungsi tolok ukur yang bermanfaat dan bisa dibandingkan dengan kondisi aktual. Contohnya, sebuah apotek dapat membandingkan hasil penjualan dari resep selama setahun dengan anggaran penjualannya. Perbandingan seperti itu akan membantu pemilik menilai efektivitas apotek dalam penjualan resep. Meskipun demikian, pemilik apotek juga harus bersiap untuk kondisi krisis keuangan. Sangat penting untuk melakukan inisiatif dengan mengumpulkan data yang tepat, mengubahnya menjadi informasi yang relevan, dan mencari perbandingan menggunakan informasi tersebut. Ketika krisis telah berakhir, perhatian harus ditujukan untuk memutakhirkan dan

memelihara basis data, mendukung staf, serta memperbaiki semangat kerja. Perencanaan skenario seperti ini dapat membantu untuk mengidentifikasi tindakan yang mungkin dilakukan bila terjadi krisis yang lain (Demers, 2001).

Mengevaluasi Kinerja Dan Memberikan Insentif

Membandingkan hasil aktual dengan anggaran dapat membantu manajer farmasi mengevaluasi kinerja baik tiap individu, departemen, maupun keseluruhan organisasi. Anggaran dapat dijadikan bahan pemberian insentif bagi mereka yang telah bekerja dengan baik karena anggaran digunakan untuk mengevaluasi kinerja. Banyak organisasi kesehatan yang mulai menerapkan penggajian berdasar kinerja (*pay-for-performance*, P4P) sehingga mengencangkan insentif keuangan bagi karyawan apotek sesuai skor kualitas rumah sakit (Gregg, Moscovice dan Remus, 2006).

■ TIPE ANGGARAN

Tiap tipe anggaran digunakan untuk kepentingan yang berbeda-beda. *Anggaran induk (master budget)* atau *rencana keuntungan (profit plan)* adalah suatu jenis anggaran yang komprehensif, meliputi semua fase operasional organisasi apotek dalam jangka waktu tertentu.

Anggaran laporan keuangan (*Budgeted financial statement*) biasa disebut laporan keuangan pro forma (*pro forma financial statement*), menunjukkan bagaimana laporan keuangan suatu organisasi akan nampak pada waktu tertentu jika berjalan sesuai dengan rencana operasional. Anggaran laporan keuangan terdiri atas anggaran laporan rugi-laba (*budgeted income statement*), anggaran neraca keuangan (*budgeted balance sheet*), dan anggaran laporan arus kas (*budgeted statement of cash flows*).

Anggaran modal (capital budget) adalah rencana untuk akuisisi aktiva modal, seperti bangunan dan peralatan. *Anggaran keuangan (financial budget)* adalah rencana yang menunjukkan bagaimana bisnis farmasi akan mendapatkan sumber daya keuangannya, seperti penerbitan saham atau penjadwalan ulang utang.

Anggaran dibuat untuk jangka waktu yang spesifik. *Anggaran jangka pendek (Short range budget)* yaitu anggaran yang dibuat tahunan, caturwulan, atau bulanan sementara anggaran jangka panjang (*long range budget*) meliputi periode yang lebih panjang lebih dari setahun. *Anggaran bergulir (Rolling budget)* adalah anggaran yang rutin diperbarui dengan memasukkan periode waktu tambahan baru, seperti caturwulan, atau bila melewati batas waktu yang ditetapkan. Anggaran bergulir juga biasa disebut *revolving budgets* atau *continuous budgets*.

■ ANGGARAN INDUK: SEBUAH ALAT PERENCANAAN

Anggaran induk, luaran utama dari sistem penganggaran adalah rencana keuntungan komprehensif yang menyatukan semua fase dalam operasional usaha farmasi. Anggaran induk terdiri atas berbagai macam anggaran terpisah, atau daftar, yang saling berkaitan satu dengan lainnya. Gambar 18-1 menunjukkan hubungan inter-relasi ini dalam sebuah diagram alir (*flowchart*).

Penjualan Suatu Barang Atau Jasa

Permulaan dari setiap anggaran induk adalah *anggaran penghasilan dari penjualan* (*sales revenue budget*). Bagi kebanyakan departemen farmasi, proses penganggaran dimulai dengan proyeksi penjualan untuk obat dengan resep. Manajer farmasi harus mengikuti perkembangan bagaimana perubahan dalam belanja negara (misalnya, tanggungan obat resep Medicare) dapat merubah distribusi obat di antara para pembayar dan memengaruhi jumlah pengeluaran (Poisal et al, 2007)

Proyeksi Penjualan

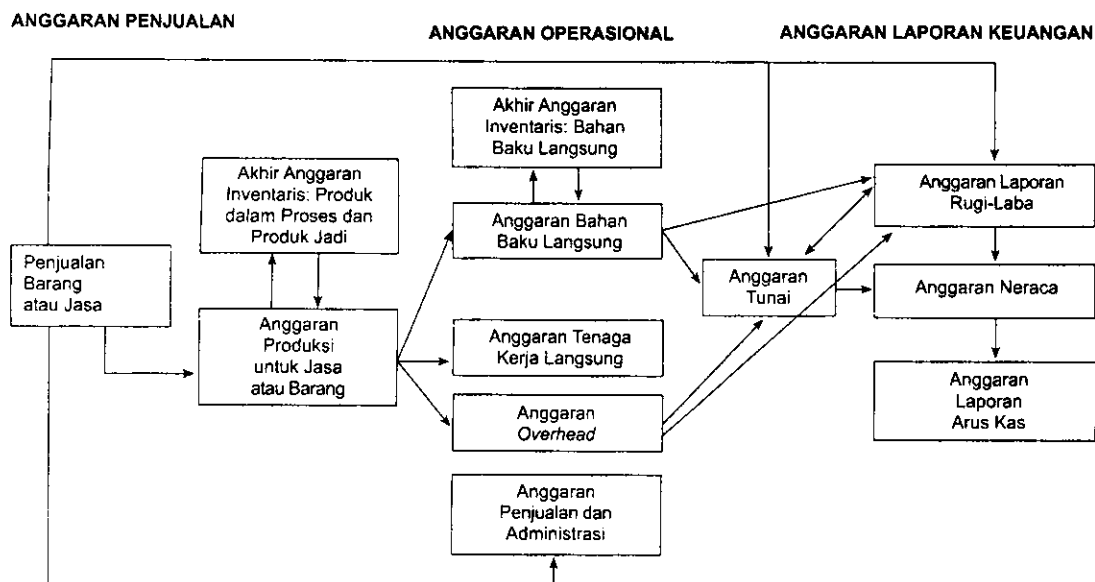
Setiap apotek memiliki dua kesamaan ketika dihadapkan pada peramalan penjualan jasa atau barang. Proyeksi penjualan adalah termasuk langkah kritis dalam proses penganggaran dan sangat sulit untuk dilakukan secara akurat.

Beragam prosedur digunakan dalam memproyeksikan penjualan dan biasanya proyeksi final menggabungkan

bermacam informasi dari berbagai sumber. Banyak perusahaan farmasi memiliki staf yang melakukan riset pasar dengan tugas mengkoordinir semua upaya proyeksi penjualan perusahaan. Biasanya, tiap orang dari level eksekutif utama sampai pegawai penjualan akan diminta ikut berkontribusi dalam proyeksi penjualan.

Faktor utama yang harus dipertimbangkan dalam memproyeksikan penjualan adalah sebagai berikut.

1. Tingkat dan tren penjualan masa terdahulu
 - a. Untuk perusahaan yang membuat proyeksi penjualan itu saja (contoh Walgreen's)
 - b. Untuk keseluruhan industri (contoh, industri apotek jaringan)
2. Tren ekonomi secara umum (apakah keadaan ekonomi membaik? Seberapa cepat perbaikannya? apakah diduga terjadi resesi atau kemunduran ekonomi?)
3. Tren ekonomi industri farmasi (contohnya untuk industri apotek, apakah konsumen mengalami penuaan yang secara tidak langsung meningkatkan permintaan resep?)
4. Faktor lain yang diharapkan berpengaruh terhadap penjualan dalam industri (apakah diduga terjadi flu musim dingin yang tidak biasa sehingga meningkatkan permintaan obat flu pada apotek jaringan yang berlokasi di daerah dengan iklim utara)
5. Kejadian politik dan hukum (misalnya, apakah FDA mengumumkan perubahan obat yang semula OTC menjadi obat dengan resep dokter yang memengaruhi permintaan resep)
6. Kebijakan harga yang ditentukan tiap usaha farmasi



Gambar 18-1. Komponen Anggaran induk

7. Biaya iklan dan promosi produk yang sudah direncanakan
8. Aksi pesaing yang diperkirakan
9. Layanan baru yang ditawarkan oleh apotek atau apotek lain (contohnya, suatu apotek terus memberikan layanan bernilai tambah yang akan meningkatkan permintaan produk tertentu dari resep)
10. Studi riset pasar

Titik awal proses proyeksi penjualan umumnya adalah tingkat penjualan tahun sebelumnya. Kemudian staf riset pasar mempertimbangkan informasi yang sudah didiskusikan sebelumnya, begitu juga dengan masukan dari level eksekutif utama hingga pegawai penjualan. Di banyak perusahaan farmasi, dibuat model ekonometris yang rumit untuk merangkum semua informasi yang tersedia secara sistematis. Metode statistik, seperti analisis regresi dan distribusi probabilitas untuk penjualan juga biasa digunakan. Beragam cara dipakai untuk melakukan proyeksi penjualan karena ini adalah langkah kritis dalam proses penganggaran. Proyeksi penjualan yang sedikit tidak akurat, terjadi di awal proses penganggaran, kemungkinan besar akan mengacaukan daftar lain terkait anggaran induk.

Anggaran Operasional

Berdasarkan anggaran penjualan, perusahaan farmasi menyusun suatu anggaran operasional yang menjelaskan bagaimana cara perusahaan memenuhi tuntutan pelanggan akan barang atau jasa. Anggaran ini menempati bagian operasional dari anggaran induk seperti gambar 18-1.

Organisasi Apotek dengan Kegiatan Manufaktur

Organisasi apotek yang melakukan kegiatan manufaktur membuat *anggaran produksi* untuk menunjukkan jumlah unit barang yang akan diproduksi. Bersama dengan anggaran produksi, anggaran lainnya adalah akhir *anggaran inventaris* untuk bahan baku, bahan yang sedang diproses, dan barang jadi. Contohnya, apotek infusi mandiri (home infusion pharmacy) yang berencana untuk membeli suatu persediaan dalam satu waktu untuk memenuhi puncak permintaan sekaligus menjaga agar level produksi tetap stabil. Melalui anggaran produksi, apotek tersebut dapat membuat anggaran untuk bahan baku langsung, tenaga kerja langsung, dan biaya *overhead* yang akan diperlukan selama proses produksi. Anggaran untuk penjualan dan pengeluaran administratif pun juga perlu dipersiapkan.

Organisasi Apotek dengan Penjualan Produk

Porsi operasional dari anggaran induk serupa untuk organisasi apotek dengan penjualan produk, tetapi sebagai ganti dari anggaran produksi, organisasi ini membuat anggaran untuk pembelian produk. Misalnya, apotek jaringan tidak mengeluarkan biaya untuk bahan baku langsung karena tidak

melakukan produksi, tetapi mereka akan membuat anggaran untuk tenaga kerja (atau personel), *overhead*, serta penjualan dan pengeluaran administratif.

Organisasi Apotek dengan Layanan Bernilai Tambah

Berdasarkan anggaran penjualan untuk layanannya, maka organisasi apotek yang berorientasi layanan merancang serangkaian anggaran yang menunjukkan bagaimana suatu layanan dapat dilaksanakan. Departemen farmasi suatu rumah sakit memfokuskan upaya mereka pada peningkatan efisiensi fungsi terkait produk melalui proses otomatisasi atau mengatur kembali penyebaran karyawan untuk meningkatkan nilai tambah pada fungsi klinis. Layanan yang ditambahkan pada proses perubahan ini dapat berupa perubahan dari intravena ke oral, penyesuaian dosis pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal, layanan manajemen terapi obat (MTM), dan keikutsertaan pada semua lini di rumah sakit. Perkenalan farmasi klinis sebagai bagian dari program pengaturan ulang rumah sakit yang meluas diasosiasikan dengan rasio manfaat positif dan penghematan biaya bersih yang cukup substansial (Schumock, Michaud, dan Guenette, 1999).

Anggaran Tunai (Cash Budget)

Anggaran ini menunjukkan penerimaan tunai yang diharapkan sebagai hasil penjualan barang atau jasa serta rencana pembayaran tunai utang yang dilakukan oleh suatu apotek. Apotek menyiapkan anggaran tunai untuk mengantisipasi perubahan pada arus kas selama periode waktu tertentu.

Rangkuman Anggaran Operasional

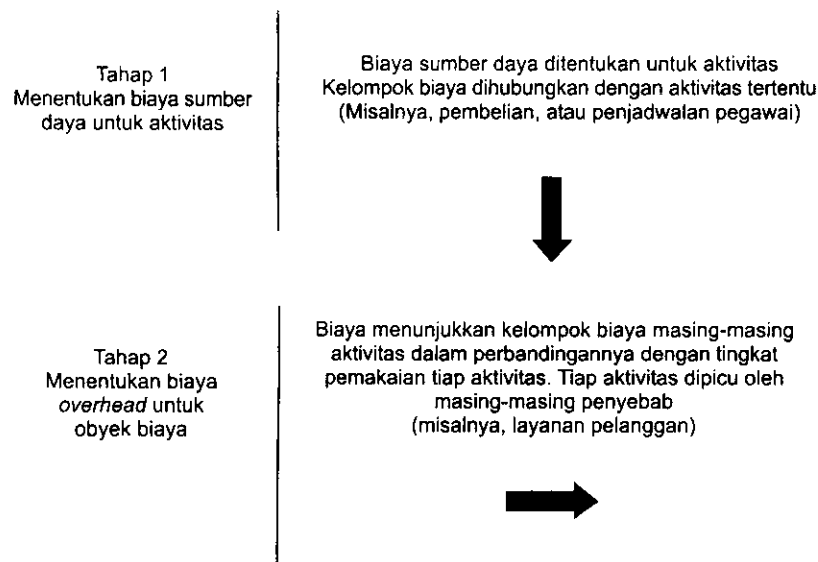
Anggaran operasional berbeda dengan yang lain karena diadaptasi dari operasional apotek tunggal pada bermacam industri. Bagaimanapun, anggaran operasional serupa dalam hal cara yang penting. Pada tiap apotek, anggaran tersebut mencakup rencana mendetil untuk penggunaan faktor dasar produksi—bahan, tenaga kerja, dan biaya *overhead*—untuk memproduksi barang dan/atau menyediakan layanan.

Anggaran Laporan Keuangan

Bagian terakhir dari anggaran induk seperti pada gambar 18-1 adalah anggaran laporan rugi-laba, anggaran neraca, dan anggaran laporan arus kas. Semua anggaran keuangan ini menunjukkan hasil keuangan keseluruhan dari operasional terencana sebuah organisasi apotek dalam suatu waktu periode anggaran.

Organisasi Nirlaba

Komponen anggaran induk untuk organisasi nirlaba adalah sama seperti usaha lainnya seperti yang terlihat pada gambar 18-1. Meskipun demikian, ada beberapa perbedaan penting.

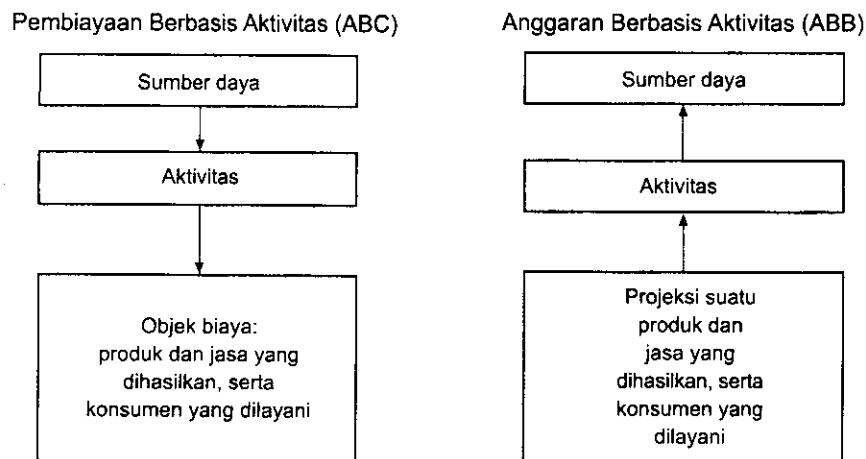


Gambar 18-2. Sistem pembiayaan berbasis aktivitas.

Banyak organisasi nirlaba memberikan layanan gratis sehingga tidak terdapat anggaran penjualan sebagaimana terdapat pada gambar 18-1. Bagaimanapun juga, organisasi nirlaba memulai proses penganggaran dengan anggaran yang menunjukkan tingkatan pelayanan yang diberikan. Contohnya anggaran untuk klinik kesehatan gratis, akan menggambarkan level terencana dari berbagai layanan publik yang diberikan, seperti jam buka operasional untuk pasien luar apotek. Organisasi nirlaba juga menyiapkan anggaran yang menunjukkan pembiayaan terduga. Sumber keuangan organisasi nirlaba berasal dari publik (misalnya, dukungan dari agensi pemerintah) dan pribadi (misalnya, donasi).

■ ANGGARAN BERBASIS KEGIATAN

Proses untuk menyusun anggaran induk dapat dipercepat dengan menggunakan konsep *pembiayaan berbasis kegiatan* (Activity Based Costing, ABC). ABC menggunakan dua tahap proses penentuan biaya. Pada tahap 1, biaya overhead dikategorikan pada kelompok biaya yang mewakili kegiatan yang paling signifikan. Kegiatan ini diketahui bervariasi antar apotek yang berbeda, tetapi contohnya mencakup kegiatan pembelian, penanganan bahan, proses peracikan, penjadwalan, pemeriksaan, kontrol kualitas, kontrol pembelian, dan kontrol persediaan.



Gambar 18-3. Pembiayaan berbasis aktivitas versus anggaran berbasis aktivitas.

Setelah menentukan biaya sesuai dengan kelompok biaya aktivitas pada tahap 1, kemudian tentukan pemicu biaya yang sesuai untuk tiap-tiap kelompok. Kemudian pada tahap 2, biaya *overhead* dialokasikan dari tiap kelompok biaya kegiatan sampai dengan obyek biaya (misalnya, resep, layanan bernilai tambah, dan pasien) dengan proporsi sesuai dengan jumlah yang dihabiskan oleh aktivitas itu. Gambar 18-2 menunjukkan 2 tahap proses alokasi yang digunakan pada sistem ABC.

Penggunaan konsep ABC pada proses penganggaran akan menghasilkan *anggaran berbasis aktivitas* (activity based budgeting, ABB). Langkah pertama untuk melakukan ABB adalah menetapkan produk atau jasa yang akan dihasilkan serta jenis konsumen yang ingin dilayani. Kemudian kegiatan yang diperlukan untuk menghasilkan produk atau jasa tersebut ditentukan tersendiri. Akhirnya, sumber daya yang penting untuk menghasilkan kegiatan tertentu dapat diukur secara kuantitatif. Secara konsep, ABB meniru model ABC dan membalik alur analisis, seperti yang terlihat pada gambar 18-3. Seperti yang terlihat pada gambar, ABC menunjukkan biaya sumber daya sesuai dengan aktivitasnya, kemudian menentukan biaya aktivitas untuk produk, layanan yang dihasilkan, dan pelanggan yang dilayani. Sedangkan bila menggunakan ABB, dimulai dengan proyeksi permintaan produk dan jasa begitu juga dengan pelanggan yang ingin dilayani. Semua proyeksi ini kemudian digunakan untuk merencanakan aktivitas untuk periode anggaran dan menganggarkan sumber daya yang diperlukan untuk melakukan aktivitas.

■ PENGGUNAAN ANGGARAN BERBASIS AKTIVITAS UNTUK MENYIAPKAN ANGGARAN INDUK

Proses untuk menyusun anggaran induk mengharuskan manajer apotek menggunakan 13 cara yang berbeda seperti yang tergambar pada tabel 18-1

Model Perencanaan Keuangan

Manajer apotek harus membuat suatu asumsi dan prediksi dalam menyiapkan suatu anggaran karena apotek, seperti halnya bisnis atau organisasi lain, berada dalam dunia yang penuh dengan ketidakpastian. Salah satu cara untuk mengatasi ketidakpastian itu adalah melengkapi proses penganggaran dengan model perencanaan keuangan. *Model perencanaan keuangan* adalah serangkaian hubungan matematis yang menunjukkan interaksi antara berbagai macam kejadian operasional, keuangan, dan aspek lingkungan yang menentukan keseluruhan hasil aktivitas organisasi. Model perencanaan keuangan adalah pernyataan matematis dari semua kegiatan yang disebutkan pada gambar 18-1

Dalam model perencanaan keuangan yang dikembangkan secara lengkap, semua perkiraan dan asumsi dinyatakan melalui hubungan matematis. Lalu piranti lunak (misalnya, Microsoft Excel) digunakan untuk menentukan akibat dari berbagai kombinasi dari banyaknya variabel yang tidak diketahui. Pertanyaan seperti “bagaimana jika” dapat dijawab tentang berbagai variabel yang tidak diketahui seperti tingkat inflasi, suku bunga, nilai tukar dolar, permintaan, aksi pesaing, negosiasi kenaikan gaji mendatang oleh serikat buruh, dan berbagai faktor lain.

■ PELAKSANAAN ANGGARAN

Pada organisasi kecil, prosedur untuk mengumpulkan informasi dan menyusun anggaran induk biasanya dilakukan secara informal. Kebalikannya, organisasi yang lebih besar menggunakan cara yang formal untuk mengumpulkan data dan menyiapkan anggaran induk. Organisasi semacam itu biasanya memiliki bagian seperti direktur anggaran atau kepala penyusun anggaran yang merupakan pengatur anggaran organisasi (atau sebagai pengawas keuangan bila pada organisasi pemerintah). Direktur anggaran menetapkan proses dari mulai data anggaran dikumpulkan, menyusun informasi, dan menyiapkan anggaran induk. Untuk mengomunikasikan prosedur anggaran dan tenggat waktu penyusunan anggaran kepada pegawai, biasanya direktur anggaran membuat dan menyebarkan pedoman penyusunan anggaran. Pedoman tersebut menjelaskan tentang siapa yang bertanggungjawab untuk menyediakan bermacam-macam jenis informasi, kapan informasi tersebut dibutuhkan, dan bagaimana bentuk informasi tersebut disajikan. Sebagai contoh, pedoman penyusunan anggaran untuk apotek jaringan mungkin mengharuskan tiap pemimpin area untuk mengirimkan data perkiraan penjualan tahun berikutnya, berdasarkan jenis produknya, kepada direktur anggaran tiap tanggal 1 September. Pedoman penyusunan anggaran juga menjelaskan siapa yang berhak menerima daftar atau hasil proyeksi penjualan ketika anggaran induk telah selesai disusun.

Komite anggaran, terdiri atas eksekutif senior penting, seringkali ditunjuk untuk memberi masukan kepada direktur anggaran selama proses penyusunan anggaran. Wewenang untuk memberikan pengesahan anggaran induk adalah dewan direksi atau dewan komisaris jika organisasi tersebut berbentuk nirlaba. Perangkat dewan tentunya memiliki subkomite yang bertugas untuk memeriksa anggaran dengan teliti dan merekomendasikan pengesahan atau perubahan yang mungkin diperlukan. Dengan memakai kewenangannya dalam setiap perubahan dan melakukan pengesahan anggaran, dewan direksi atau dewan komisaris bisa memiliki pengaruh yang luas terhadap jalannya organisasi.

Akibat semakin banyaknya apotek yang beroperasi mendunia, internet memiliki peranan penting dalam proses penyusunan anggaran. *e-budgeting* semakin populer digunakan sebagai alat penyusun anggaran berbasis internet sehingga dapat membantu mempersingkat dan mempercepat penyusunan anggaran suatu organisasi. Huruf e pada *e-budgeting* memiliki makna elektronik dan *enterprise-wide*. Setiap pegawai di perusahaan dan pada level mana pun dapat memasukkan dan mengambil informasi elektronik anggaran melalui internet. Peranti lunak berupa program penganggaran telah banyak digunakan dan dibuat di internet sehingga informasi anggaran bisa dikirim langsung secara elektronik dari lokasi manapun dan dalam format yang diinginkan perusahaan. Para pimpinan di organisasi apotek yang menggunakan *e-budgeting* menemukan kalau cara ini sangat mempersingkat keseluruhan proses penganggaran. Pada masa lalu, organisasi ini harus mengumpulkan anggaran induk yang terdiri dari ribuan lembar kerja terpisah yang harus disatukan dan diintegrasikan oleh petugas pengawas dari perusahaan itu. Hasilnya adalah cara yang tidak praktis ini membuat lamanya waktu yang dihabiskan untuk menyusun dan memverifikasi dari berbagai sumber data. Dengan *e-budgeting*, baik penyampaian informasi anggaran

■ ZERO-BASE BUDGETING

Beberapa organisasi menggunakan pendekatan *penganggaran dasar* (*base budgeting*) tanpa benar-benar secara ekstrim menggunakan *zero-base budgeting*. Dengan pendekatan ini, anggaran awal tiap fase di tiap departemen organisasi diatur sesuai dengan paket dasar, yang termasuk sumber daya yang dibutuhkan agar tiap unit dasar dapat berjalan dalam level yang sangat minimal. Di bawah level dana ini, sub-unit yang ada tidak akan menjadi kesatuan yang dapat berjalan. Setiap peningkatan di atas paket dasar akan

terjadi karena keputusan untuk mendanai paket tambahan yang menggambarkan sumber daya yang dibutuhkan untuk menambah aktivitas pada paket dasar. Keputusan untuk meningkatkan anggaran seperti penggunaan anggaran tambahan harus didasarkan pada biaya dan keuntungan yang dihasilkan tiap aktivitas. Penganggaran dasar sangat efektif di banyak organisasi karena mengharuskan pimpinan untuk mengambil tindakan evaluatif, menanyakan mengenai tiap-tiap program perusahaan.

■ ASPEK INTERNASIONAL TENTANG ANGGARAN

Seiring terjalnya hubungan ekonomi dan budaya antar negara di dunia, banyak perusahaan berubah menjadi usaha multinasional dalam kegiatan operasional mereka. Perusahaan skala internasional menghadapi berbagai tantangan tambahan dalam menyiapkan anggaran mereka. Pertama, usaha multinasional harus mengubah mata uang yang digunakannya menjadi mata uang tunggal (contohnya, dolar amerika) karena semua mata uang di dunia seringkali berfluktuasi nilainya sehingga menyulitkan penerjemahan anggaran. Kedua, adalah hal yang sulit untuk membuat suatu anggaran dalam keadaan inflasi tinggi atau tidak bisa diprediksi. Ketika Amerika Serikat mengalami inflasi sekitar 10% per tahun, beberapa negara asing justru mengalami hiperinflasi, terkadang angka inflasi tahunan di atas 100%. Memperkirakan inflasi setinggi itu adalah sulit dan lebih jauh akan dapat memengaruhi proses penganggaran multinasional. Terakhir adalah kondisi ekonomi semua negara berfluktuasi tergantung permintaan konsumen, ketersediaan tenaga kerja handal, aturan hukum perdagangan, dan faktor lainnya. Perusahaan yang beroperasi lepas pantai (*offshore*) harus menghadapi tugas untuk mengantisipasi berbagai kondisi perubahan pada proses penganggaran.

■ PENGANGGARAN BIAYA SIKLUS HIDUP PRODUK

Fokus yang relatif baru pada proses penganggaran adalah merencanakan semua biaya yang mungkin timbul selama pengenalan produk pada masyarakat sebelum komitmen terhadap produk dibuat. Pengenalan suatu produk dapat melibatkan biaya yang tidak dapat diantisipasi khususnya selama 5 fase berikut:

- Perencanaan produk dan desain konsep
- Desain pendahuluan
- Desain terperinci dan pengujian
- Produksi
- Distribusi dan layanan konsumen

Contohnya, pada industri farmasi untuk melakukan pengenalan obat baru, keseluruhan penjualan yang akan dicapai harus dapat menutupi biaya yang telah dikeluarkan. Oleh karena itu, merencanakan biaya ini adalah langkah penting untuk membuat keputusan tentang suatu pengenalan produk baru. Manajemen harus cukup yakin tentang biaya pengeluaran ini akan tertutup (kembali modal) sebelum komitmen dibuat untuk obat itu.

■ PENGARUH ANGGARAN PADA PERILAKU

Tidak ada area selain penganggaran yang dapat membuat implikasi terhadap perilaku menjadi lebih penting. Suatu proses penganggaran akan memengaruhi setiap orang di perusahaan mulai secara virtual—mulai dari mereka yang menyiapkan anggaran, mereka yang menggunakan anggaran untuk memfasilitasi pengambilan keputusan, hingga mereka yang dievaluasi berdasarkan anggaran. Reaksi tiap orang terhadap proses penganggaran bisa sangat memengaruhi efektivitas keseluruhan organisasi.

Sejumlah besar penelitian telah dilakukan untuk mengetahui efek perilaku karena anggaran. Terdapat dua isu utama yang tiap manajer apotek perlu fahami dengan jelas, yaitu *budgetary slack* dan penganggaran partisipatif (*participative budgeting*).

Budgetary slack: Pelapisan Anggaran

Informasi yang menjadi dasar penyusunan anggaran sebagian besar berasal dari semua orang-orang di perusahaan. Contohnya, proyeksi penjualan sebuah jaringan apotek ritel tidak hanya bergantung pada studi pasar dan analisis oleh staf riset pasar, tetapi juga pada proyeksi penjualan menurut karyawan penjualan. Jika kinerja manajer penjualan wilayah dievaluasi berdasarkan apakah anggaran penjualan daerah tersebut terlampaui atau tidak, apa motivasi bagi manajer penjualan dalam memproyeksikan penjualan? Dorongannya adalah untuk memberikan perkiraan penjualan yang konservatif, atau secara hati-hati dibuat rendah. Kinerja manajer penjualan terlihat lebih baik di mata manajemen level atas ketika menggunakan perkiraan konservatif terlampaui daripada memakai perkiraan ambisius yang susah dicapai. Setidaknya itulah persepsi kebanyakan manajer penjualan, dan di area perilaku, persepsi adalah yang paling diperhitungkan.

Ketika seorang pimpinan menyusun perkiraan biaya bagi sebuah apotek yang diperuntukkan bagi layanan rawat inap, untuk tujuan penganggaran, terdapat dorongan untuk memperkirakan biaya terlalu tinggi. Ketika biaya aktual yang terjadi lebih rendah daripada perkiraan harga inflasi, supervisor terlihat telah mengelola dengan cara yang efektif secara biaya.

Gambaran berikut adalah contoh *pelapisan anggaran*. *Pelapisan anggaran* berarti memperkirakan pendapatan terlalu rendah atau memperkirakan biaya terlalu tinggi. Perbedaan antara proyeksi pendapatan atau proyeksi biaya yang dibuat seseorang dengan perkiraan realistis pendapatan atau biaya disebut *budgetary slack*. Misalnya, seorang manajer apotek yakin bahwa penggunaan dana tahunannya adalah sekitar \$18.000 dolar, tetapi dia membuat proyeksi anggaran \$20.000 dolar, hal itu berarti manajer tersebut membuat kelonggaran \$2.000 dolar dana ke dalam anggaran.

Kenapa ada orang yang membuat kelonggaran anggaran dengan *budgetary slack*? Paling tidak ada tiga alasan. Pertama, orang sering memandang bahwa kinerja mereka akan terlihat lebih baik di mata pimpinan bila mampu "mengalahkan anggaran" yang sudah dirancang. Kedua, *budgetary slack* seringkali mengatasi kondisi ketidakpastian. Manajer apotek mungkin bisa merasa percaya diri dengan dengan proyeksi biayanya. Meskipun demikian, dia juga menyadari akan terjadi hal yang tidak diharapkan selama periode anggaran dan dapat menimbulkan biaya tidak terduga. Misalnya, kerusakan pada *laminar air hood* yang tidak terduga sebelumnya. Salah satu cara untuk memperkirakan jauh sebelum terjadi kejadian tidak terduga seperti kerusakan *laminar air hood* adalah dengan membuat kelonggaran anggaran. Jika semuanya lancar, secara otomatis pimpinan tersebut akan mengalahkan biaya anggaran. Jika hal buruk yang terjadi, seorang manajer apotek dapat menggunakan *budgetary slack* untuk meredam akibat buruk tersebut dan masih bisa bekerja sesuai dengan anggaran yang telah dibuat.

Alasan ketiga mengapa anggaran biaya digelembungkan adalah karena proyeksi biaya anggaran biasanya mendapat potongan dari pihak lain karena proses alokasi sumber daya. Oleh karena itu, proses mempersiapkan anggaran dapat menghasilkan siklus yang buruk, yaitu proyeksi anggaran digelembungkan karena biasanya dipotong, sedangkan anggaran dipotong karena biasanya telah digelembungkan.

Bagaimana sebuah organisasi memecahkan masalah *budgetary slack*? Pertama, perusahaan tersebut dapat menghindari kepercayaan anggaran sebagai alat evaluasi negatif. Jika seorang manajer apotek merasa terusik oleh manajer level yang lebih tinggi tiap kali ternyata proyeksi biaya anggaran terlampaui, respons perilaku yang akan muncul adalah dengan menggelembungkannya. Kebalikannya, jika seorang manajer apoteker diperbolehkan melakukan kebijakan manajerial untuk melebihi anggaran yang dirancang bila diperlukan, akan terdapat lebih sedikit kecenderungan untuk menggelembungkan anggaran. Kedua, manajer apotek dapat diberi dorongan bukan hanya menyesuaikan dengan anggaran, melainkan juga membuat proyeksi yang akurat. Ini dapat dilakukan dengan meminta para manajer untuk membuktikan semua atau beberapa proyeksi anggaran mereka serta dengan memberi imbalan kepada manajer apotek yang

secara konsisten memberikan estimasi anggaran yang akurat (kebalikan dari memberikan imbalan bagi mereka yang bekerja di bawah proyeksi biaya dan menghukum manajer yang melebihi proyeksi biaya mereka).

Penganggaran Partisipatif

Kebanyakan orang akan menunjukkan kerja yang baik dan usaha yang lebih besar untuk mencapai sebuah tujuan jika dilibatkan dalam penyusunan tujuan. Ide mengenai penganggaran partisipatif adalah untuk melibatkan seluruh karyawan dalam perusahaan dalam proses penganggaran. Keikutsertaan seperti itu dapat membuat karyawan merasa bahwa "ini adalah anggaran kami" bukan perasaan yang umum terjadi yaitu "ini adalah anggaran yang kalian paksakan pada kami."

Penganggaran partisipatif dapat menjadi efektif, tetapi juga memiliki kelemahan. Terlalu banyak keikutsertaan dan diskusi dapat berakibat pada kebimbangan dan keterlambatan. Selain itu, ketika orang-orang yang terlibat dalam proses penganggaran tidak saling sepakat secara signifikan dan tidak menemukan titik temu, proses partisipatif itu hanya akan menonjolkan perbedaan-perbedaan itu saja. Akhirnya *pelapisan anggaran* dapat memburuk kecuali diberikan dorongan untuk penyusunan anggaran yang akurat.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Mary Quint, Pharm. D mengetahui bahwa anggaran biasa digunakan sebagai dasar evaluasi kinerja manajer apotek. Hasil aktual kemudian dibandingkan dengan level kinerja yang teranggar, kemudian karyawan yang menunjukkan hasil yang lebih baik dari anggaran akan langsung diberi imbalan hadiah berupa promosi atau kenaikan gaji. Pada banyak kasus, bonus dihubungkan secara eksplisit dengan kinerja terkait anggaran.

Isu-etis yang serius dapat muncul ketika anggaran digunakan sebagai dasar untuk memberi hadiah pada manajer. Misal, seandainya personel manajemen level atas Home TPN Care membagi bonus setara dengan 10% dari jumlah keuntungan unit bisnis yang sebenarnya melebihi anggaran. Hal ini dapat meningkatkan dorongan bagi para pimpinan apotek memberikan data untuk memainkan nilai anggaran keuntungan. Perbaikan seperti itu akan membuat anggaran lebih mudah untuk dicapai dan kemudian meningkatkan kesempatan untuk mendapat bonus.

Selain itu, mungkin akan ada dorongan memanipulasi hasil aktual unit bisnis untuk memaksimalkan bonus manajemen. Sebagai contoh, penjualan akhir tahun dapat berbeda dari tahun ke tahun untuk meningkatkan pendapatan yang dilaporkan di tahun tertentu. Petugas anggaran dapat memiliki dorongan itu karena dua alasan: (1) mereka dapat

bagian bonus, atau (2) mereka merasa mendapat tekanan dari pimpinan yang mendapat bagian bonus.

Dr. Quint berada pada posisi sebagai pengontrol Home TPN Care. Bonusnya, dan tentu saja bonus bosnya, yaitu wakil direktur sistem kesehatan, akan ditentukan dalam bagian pendapatan Home TPN care sebagai perbandingan dengan anggaran. Quint dapat melihat dari anggaran tahun sebelumnya bahwa manajemen organisasi selalu memotong pengeluaran unit dalam anggaran sehingga meningkatkan keuntungan anggaran unit bisnis. Tentu saja ini membuat unit bisnisnya kesulitan untuk meraih keuntungan sesuai anggaran. Terlebih lagi akan sulit baginya dan rekan unit bisnisnya untuk mendapatkan bonus. Apalagi pimpinannya sudah menekan dia untuk menggelembungkan pengeluaran dalam karena bagaimanapun juga "anggaran pengeluarannya pasti akan dipotong pada level organisasi nanti." Apakah *pelapisan anggaran* merupakan hal yang etis pada situasi ini?

■ KESIMPULAN

Anggaran adalah alat utama bagi setiap organisasi untuk perencanaan, kontrol, dan penentu keputusan secara maya. Sistem penganggaran digunakan untuk memaksa perencanaan, memfasilitasi komunikasi dan koordinasi, mengalokasikan sumber daya, mengontrol keuntungan dan operasional, serta mengevaluasi kinerja dan menyediakan insentif. Berbagai macam tipe anggaran digunakan untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut.

Oleh karena anggaran memengaruhi hampir setiap orang di organisasi, anggaran dapat memiliki pengaruh yang besar pada perilaku dan menghasilkan isu etis yang sulit. Satu permasalahan yang umum di penganggaran adalah kecenderungan orang untuk melonggarkan anggaran. Hasil dari *budgetary slack* membuat anggaran kurang berguna karena anggaran yang longgar tidak memberikan gambaran akurat dari pendapatan dan pengeluaran yang diharapkan.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Gunakan contoh untuk menjelaskan bagaimana anggaran dapat digunakan untuk mengalokasikan sumber daya di apotek rumah sakit.

2. Berikan contoh bagaimana tren ekonomi dapat memengaruhi proyeksi penjualan suatu industri kefarmasian.
3. Berikan tiga macam contoh bagaimana apotek komunitas yang independen memakai anggaran sebagai tujuan perencanaan.
4. Diskusikan pentingnya prediksi dan asumsi pada proses penganggaran.
5. Bagaimana suatu departemen farmasi dari rumah sakit perkotaan yang besar berperan mengurangi permasalahan akibat *budgetary slack*?
6. Mengapa penganggaran partisipatif biasanya efektif sebagai alat manajemen apotek?
7. Buat daftar langkah-langkah yang akan Anda lakukan untuk menyusun anggaran sesuai dengan pengeluaran apotek komunitas independen milik Anda.

REFERENSI

- Cowrick I, Dumon J, Bauleser M. 2002. Managing medical information effectively facilitates the quality and time to delivering the final product. *Drug Info J* 36:825.
- Curtiss FR. 2006. Pharmacy benefit spending on oral chemotherapy drugs. *J Manag Care Pharm* 12:570.
- Demers RF. 2001. Operational and financial principles of "managing up". *Am J Health-Syst Pharm* 58:S7.
- Gregg W, Moscovice I, Remus D. 2006. The Implementation of Pay-for-Performance in Rural Hospitals: Lessons from the Hospital Quality Incentive Demonstration Project. Tersedia di www.uppermidwesthrhc.org/pdf/pay_for_performance.pdf.
- Poisal JA, Truffer C, Smith S, et al. 2007. Health spending projections through 2016: Modest changes obscure Part D's impact. *Health Affairs* 26:w242 (dipublikasikan daring 21 Februari, 2007;10.1377/hlthaff.26.2.w242).
- Schumock GT, Michaud J, Guenette AJ. 1999. Reengineering: An opportunity to advance clinical practice in a community hospital. *Am J Health-Syst Pharm* 56:1945.
- Tierney M. 2004. Lessons from patient deaths: An Ontario pharmacist responds to Calgary's patient safety review. *Can Pharm J* 137:8;9.

KEUANGAN PRIBADI

David A. Latif

Tentang penulis: Dr. Latif adalah Profesor Administrasi Farmasi dan Chair of Department of Pharmaceutical and Administrative Sciences pada University of Charleston School of Pharmacy. Beliau memperoleh gelar MBA dari Augusta State University dan Ph.D. dalam bidang sosial dan perilaku farmasi dari Auburn University. Minat bidang penelitian beliau saat ini adalah hubungan antara pemahaman moral farmasis, iklim kerja, dan ukuran kinerja. Bidang penelitian dan minat pengajaran lainnya termasuk manajemen keuangan, pendidikan, kepemimpinan, serta keterkaitan antara kecerdasan emosional dan efektivitas organisasi. Dr. Latif telah menerbitkan lebih dari 60 artikel dalam jurnal-jurnal farmasi dan bisnis yang terkait dengan minat bidang penelitiannya.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan mengapa mahasiswa farmasi dan farmasis harus memiliki pengetahuan tentang situasi keuangan pribadi mereka.
2. Mengidentifikasi dan mendeskripsikan setiap komponen dari proses perencanaan keuangan.
3. Mengidentifikasi dan mendeskripsikan komponen dari laporan keuangan pribadi serta penganggaran.
4. Mengidentifikasi sumber-sumber kredit dan biaya alternatif kredit.
5. Mendeskripsikan faktor-faktor yang memengaruhi jumlah uang yang diperlukan untuk pensiun. Membandingkan dan membedakan metode-metode menabung uang untuk pensiun.
6. Mendeskripsikan dan melihat di antara kelas-kelas modal alternatif.
7. Mendeskripsikan dan menjelaskan alokasi aset dan nilai pentingnya dalam mencapai tujuan finansial seseorang.
8. Membandingkan investasi indeks reksa dana (*index mutual fund investing*) dengan investasi reksa dana terkelola (*managed mutual fund investing*).
9. Menyebutkan dan menjelaskan tujuh prinsip keuangan pribadi yang efektif.

■ SKENARIO

Daniel Keene baru saja lulus dari sebuah sekolah farmasi swasta dengan gelar doktor farmasi. Ia menerima beberapa tawaran dari sejumlah apotek, semua menawarkan gaji dalam kisaran \$100.000 per tahun. Ditambah bonus dan lembur, ia mungkin mendapatkan gaji mendekati

\$120.000 per tahun. Daniel sangat senang, dan berpikir dalam hatinya, "Gelar ini memang pantas didapat." Ia membayangkan bagaimana kelanjutan hidupnya mulai dari saat ini. Pemasukannya ada di bawah garis kemiskinan selama 4 tahun terakhir. Sekarang ia akan berada di antara lima besar profesi penerima gaji tertinggi di Amerika. Daniel mulai memikirkan segala pengorbanannya untuk masuk sekolah farmasi. Misalnya, waktu itu ia hanya memakai Honda Civic tahun 1993, kini ia dapat membeli mobil yang lebih baik. Daniel berandai-andai, "Mungkin saya harus membeli sebuah Lexus." Daniel dulu tinggal di apartemen satu kamar tidur seharga \$400 per bulan. Kini ia mengandaikan membeli sebuah rumah. Namun, rumah seharga berapa yang harus ia beli, dan di mana mendapatkannya dengan harga terbaik? Jenis hipotek apa yang harus ia dapatkan? Apakah akan lebih baik jika menyewa saja untuk beberapa tahun untuk melihat kalau ia betul-betul menyukai pekerjaan ini? Berapa besar uang muka yang harus ia keluarkan jika ia memutuskan untuk membeli rumah? Banyak pikiran yang terlintas di benak Daniel, termasuk

- "Apa yang harus saya lakukan dengan uang ini? Haruskah saya menabung untuk masa depan atau melunasi utang? Jika memilih menabung, berapa banyak yang harus saya simpan dalam bentuk saham? Berapa yang harus disiapkan dalam bentuk tunai? Bagaimana toleransi risikonya?"
- "Haruskah saya mulai rencana pensiun dengan segera, atau menunggu beberapa tahun?"
- "Jika saya memutuskan mengikuti *plan* pensiun, berapa banyak gaji yang harus dialokasikan dan pada *plan* apa [misalnya, 401 (k)/403(b), *Roth IRA*, *traditional IRA*, atau rekening tabungan biasa]?"
- "Haruskah saya memakai kartu kredit untuk berbelanja?"

Daniel berpikir, "Saya tidak sadar akan dihadapkan pada banyak pengambilan keputusan." Lalu ada pikiran yang menggangukannya, "Bagaimana dengan \$130.000 untuk pinjaman mahasiswa saya? Bagaimana saya harus mengembalikannya? Apakah ada bagian dari pinjaman ini yang tidak kena pajak?"

Setelah banyak berefleksi, Daniel sadar bahwa ia harus memiliki pengetahuan tentang keuangan pribadi. Sebenarnya ia berharap mendapatkan tawaran mata kuliah tentang itu di sekolah farmasi. Ia memutuskan membeli buku yang bagus tentang keuangan pribadi untuk menemukan jawaban atas banyak pertanyaannya.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Misalkan seorang mahasiswa farmasi tingkat empat ditawarkan dua pekerjaan. Mahasiswa yang satu adalah sebagai staf farmasi pada suatu jaringan apotek dengan gaji \$100.000 per tahun. Mahasiswa yang lainnya adalah residensi 1 tahun di sebuah rumah sakit dengan gaji \$40.000. Tanpa mempertimbangkan dampak pajak dan faktor kualitatif, berapakah biaya kesempatan finansial 1 tahun dari mengambil residensi dibandingkan dengan tawaran apotek?
2. Nilai waktu dari uang:
 - a. Berapakah nilai \$450 pada enam tahun yang akan datang dengan suku bunga tahunan 7 persen?
 - b. Misalkan Anda membayar \$5.000 per tahun untuk Roth IRA selama 20 tahun. Berapakah nilai IRA tersebut pada akhir 20 tahun yang akan datang dengan asumsi suku bunga tahunan sebesar 10 persen?
 - c. Berapakah uang yang seseorang harus depositokan saat ini (nilai saat ini) jika suku bunga adalah 6 persen agar memiliki \$1.000 lima tahun dari sekarang?
 - d. Misalkan suku bunga dari pinjaman mahasiswa Anda yang sebesar \$150.000 adalah 6 persen. Untuk membayarnya dalam 10 tahun, berapakah pembayaran per tahun?
3. John Hardesty mendapatkan hipotek sebesar \$200.000 atas rumahnya dengan suku bunga sebesar 7 persen. Tidak termasuk pajak properti dan biaya lainnya, ia membayar bulanan sebesar \$1.331. Berapakah besar bunga yang John akan bayar pada akhir tahun ke-30?
4. Suatu laporan kekayaan bersih dapat digunakan seorang lulusan baru farmasi untuk menganalisis apa?
5. Perkiraan kebutuhan-kebutuhan pensiun Anda berdasarkan penuntun yang diberikan pada bab ini.

■ PENDAHULUAN

Suatu studi dari National Bureau of Economic Research melaporkan bahwa pelajaran dalam manajemen keuangan pribadi sebelum memasuki dunia kerja memiliki efek jangka panjang berupa peningkatan tabungan masa tua seseorang serta kekayaannya (Garman dan Bagwell, 1998). Lebih khusus lagi, penelitian ini mengungkapkan bahwa 15 sampai 20 tahun setelah sekolah lanjutan atas, kekayaan yang dihasilkan berupa 1 tahun pendapatan mereka yang menerima pelajaran keuangan pribadi lebih besar daripada mereka yang tidak. Sebagai gambaran, jika seseorang yang berusia 35 tahun yang memiliki pendidikan keuangan pribadi mendapatkan \$100.000 per tahun dan mempunyai kekayaan bersih sebesar \$300.000, seseorang lain yang setara (usia dan pendapatan tahunnya sama) yang tidak memiliki pendidikan keuangan pribadi akan hanya mempunyai kekayaan bersih sebesar \$200.000.

Lulusan doktor farmasi menghadapi hambatan di hadapannya untuk secara bijaksana merencanakan keuangan setelah lulus. Hambatan pertama adalah membereskan

pinjaman mahasiswa mereka. Pendidikan farmasi mahal. Bukan hal yang aneh jika seorang lulusan farmasi punya pinjaman mahasiswa lebih dari \$100.000 setelah kuliah 6 tahun atau lebih.

Hambatan kedua untuk perencanaan keuangan yang bijaksana adalah adanya persepsi yang berlaku bahwa pengorbanan selama 4 tahun kuliah serta 'kemiskinan' yang menyertainya mesti segera diganti dengan pembelian barang-barang yang signifikan. Misalnya, banyak mahasiswa merasa perlu membeli mobil baru yang mahal dan punya sebanyak mungkin pinjaman untuk rumah. Satu prinsip pegangan yang harus diingat adalah hukum ekonomi sederhana mengenai keinginan tidak terbatas dan sumber daya yang terbatas. Dengan membeli mobil dan rumah yang lebih murah, seseorang bisa punya lebih banyak uang (sumber daya terbatas) untuk barang-barang lain yang lebih penting.

Farmasis sebagai pegawai mesti mengambil keputusan mengenai manajemen keuangan. Di antara yang terpenting adalah jenis tertentu dan besarnya tunjangan yang diberikan oleh perusahaan. Tunjangan sering kali berupa sejumlah tambahan 30 persen dari gaji dan ini termasuk asuransi kesehatan, jiwa dan kecacatan, serta rencana pensiun seperti kontribusi 410 (k) dan tunjangan pensiun tertentu.

Pemilik apotek dapat menghadapi masalah yang lebih besar terkait dengan manajemen keuangan pribadi daripada farmasis pegawai. Keputusan terkait tanggungan asuransi yang cukup untuk kerugian properti dan pasiva, asuransi kesehatan dan kecacatan yang memadai dan terjangkau, serta isu terkait perencanaan pensiun memerlukan pengetahuan keuangan yang cukup. Walaupun para pegawai apotek mungkin memiliki rencana pensiun (dengan kontribusi perusahaan), pemilik apotek mesti membuat suatu rencana pensiun, seperti *plan* Keogh, untuk bisnis.

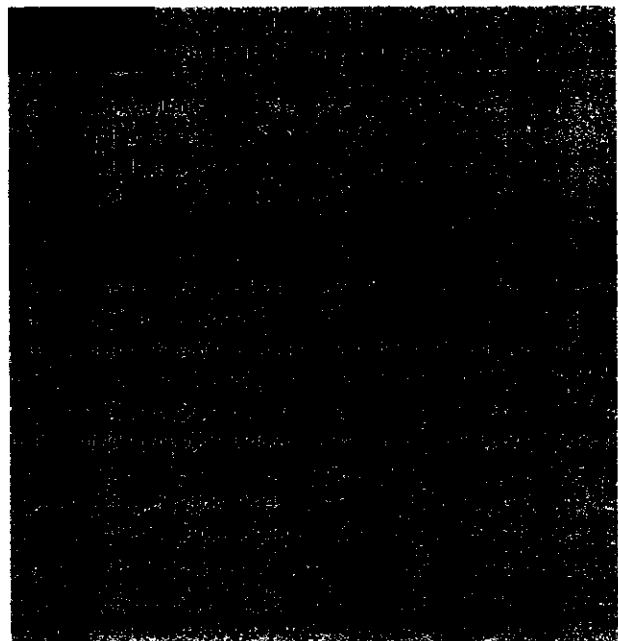
Bagi farmasis, perubahan pada sistem pensiun telah menjadikan pengetahuan tentang perencanaan keuangan lebih penting dari sebelumnya. Usia harapan hidup telah meningkat secara signifikan selama 100 tahun terakhir (American Counsel for Life Insurance, 2006). Sebagai contoh, seorang warga Negara Amerika yang lahir pada tahun 1900 memiliki harapan hidup 47,6 tahun, sementara seseorang yang lahir pada tahun 2002 memiliki usia harapan hidup 77,3 tahun (rata-rata dari pria dan wanita). Perkiraan ini adalah rata-rata median. Dengan kata lain, seseorang yang lahir pada tahun 2002 memiliki usia harapan hidup 77,3 tahun. Ini berarti bahwa setengah dari mereka yang lahir di tahun 2002 diperkirakan hidup lebih lama dari 77,3 tahun dan setengahnya lagi kurang dari 77,3 tahun. Banyak orang Amerika yang masih hidup selama seperempat dari usianya ketika pensiun. Untuk dapat pensiun dengan nyaman pada periode waktu ini, orang harus menerapkan prinsip manajemen keuangan pribadi yang efektif selama hidupnya.

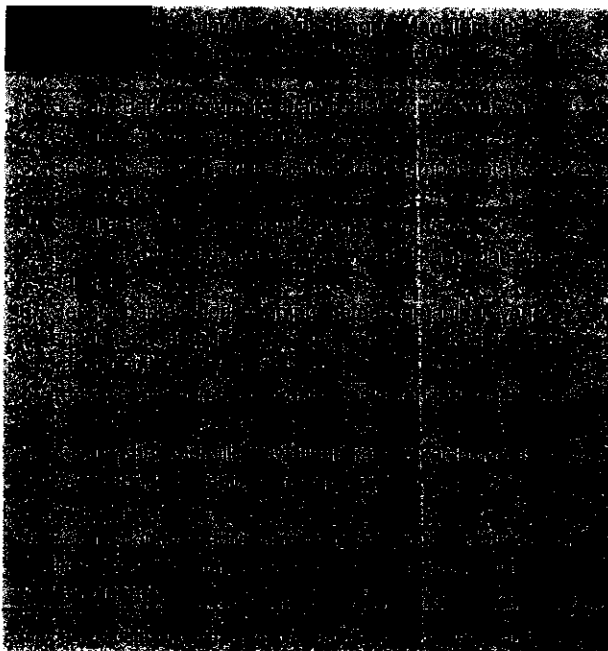
■ MANFAAT DAN BIAYA EDUKASI KEUANGAN PRIBADI

Masalah keuangan tidak hanya menyangkut kehidupan pribadi dan keluarga saja tapi juga perilaku seseorang di tempat kerja. Brown (1979) melaporkan bahwa pegawai yang mengalami masalah keuangan berpengaruh secara negatif terhadap perusahaannya. Hal ini berlaku tanpa memandang pekerjaan atau tingkat penghasilan. Brown mengamati bahwa perilaku keuangan yang buruk dari pegawai sering menyebabkan perilaku-perilaku kontraproduktif (misalnya, ketidakhadiran atau kehilangan produktivitas karena kurangnya fokus).

Produktivitas kerja terganggu karena dampak dari perilaku keuangan pribadi yang buruk pada kehidupan keluarga (Garman, Leech, dan Grable, 1996). Sebagai contoh, keputusan keuangan yang buruk dapat menimbulkan kerugian transportasi, kehilangan kemampuan untuk memperoleh kredit dan perumahan yang memadai, perselisihan dengan kerabat, stres emosional, kekerasan terhadap pasangan/anak, dan perceraian. Keputusan-keputusan ini terwujud dalam perilaku kerja disfungsional seperti ketidakhadiran, kelambanan, dan penurunan produktivitas. Tabel 19-1 meringkas kerugian potensial yang terkait dengan perilaku keuangan pegawai yang buruk.

Satu penyebab utama masalah keuangan adalah buta keuangan (*financial illiteracy*) (Garman, Leech, dan Grable, 1996). Buta keuangan merujuk pada tidak memadainya pengetahuan tentang fakta dan konsep dari keuangan pribadi





untuk mencapai keberhasilan manajemen keuangan pribadi. Menurut Garman, Leech, dan Grable (1996), buta keuangan tersebar luas di kalangan orang Amerika karena kurangnya pengetahuan mengenai keuangan pribadi, kerumitan kondisi keuangan, adanya perasaan terlalu terbebani dengan banyaknya pilihan dalam pengambilan keputusan keuangan, dan kurangnya waktu untuk mempelajari konsep perencanaan keuangan. Tabel 19-2 menunjukkan contoh kesalahan keuangan pribadi dan perilaku yang ceroboh.

Bab ini mamaparkan proses 6-langkah yang terbukti bermanfaat dalam memulai pengelolaan keuangan pribadi. Laporan keuangan pribadi, penggunaan kredit, strategi investasi, dan rencana pensiun juga akan dibahas. Bab ini ditutup dengan tujuh prinsip keuangan pribadi yang efektif.

■ PROSES PERENCANAAN KEUANGAN

Sangat sulit untuk seorang pembangun rumah untuk membangun rumah tanpa cetak biru. Akan sama sulitnya bagi seorang untuk mengikuti perjalanan otomobil lintas negara tanpa peta. Demikian pula, sulit bagi orang mencapai tujuan keuangan tanpa perencanaan. *Perencanaan keuangan pribadi* merupakan proses pengelolaan uang untuk mencapai kepuasan ekonomi (Kapoor, Dlabay, dan Hughes, 2004). Tujuan primer dari proses ini adalah untuk memungkinkan seseorang mengendalikan situasi keuangannya dengan mengidentifikasi dan mengembangkan suatu rencana untuk memenuhi kebutuhan dan tujuan tertentu. Menurut Kapoor, Dlabay, dan Hughes (2004), proses perencanaan keuangan meliputi enam tahap.

Tahap 1: Tentukanlah Situasi Keuangan Anda

Tahap pertama mempersyaratkan seorang untuk memeriksa kondisi saat ini terkait pemasukan, tabungan, biaya hidup, dan utang. Tahap ini menuntut seseorang untuk menyiapkan sebuah daftar aset dan utangnya saat ini, berikut pengeluarannya. Laporan keuangan pribadi (dibahas kemudian pada bab ini) dapat digunakan untuk tahap ini.

Contoh Tahap 1

Daniel Keene akan lulus dari sekolah farmasi dalam 2 bulan mendatang. Selama menuntut ilmu, Daniel telah bekerja paruh waktu sebagai teknisi farmasi. Ia telah memiliki dana tabungan sebesar \$2.000 dan pinjaman mahasiswa lebih dari \$130.000. Informasi tambahan apakah yang harus Daniel sediakan jika ingin merencanakan keuangan pribadinya?

Tahap 2: Mengembangkan Tujuan Keuangan

Tujuan dari tahap ini adalah untuk membedakan antara kebutuhan dengan keinginan seseorang. Analisis ini melibatkan identifikasi bagaimana seseorang menyikapi uang. Apakah perasaan mereka terhadap uang didasarkan atas informasi yang objektif? Apakah prioritas didasarkan karena tekanan sosial, kebutuhan, atau keinginan? Penting untuk memahami bahwa keinginan itu tidak terbatas, sedangkan sumber daya terbatas. Orang harus menetapkan prioritas keuangannya pada pemenuhan kebutuhan (misalnya, makanan, pakaian, hunian, dan transportasi) sebelum mempertimbangkan seberapa banyak keinginannya dapat dipenuhi.

Contoh Tahap 2

Daniel Keene memiliki beberapa tujuan, termasuk melunasi pinjaman mahasiswanya, melakukan residensi, dan membeli sebuah rumah. Tujuan apa lagi yang sesuai untuk Daniel?

Tahap 3: Mengidentifikasi Tindakan Alternatif

Banyak faktor memengaruhi tindakan alternatif yang potensial. Mempertimbangkan semua alternatif yang mungkin dapat membantu orang untuk membuat keputusan keuangan yang lebih efektif. Kategori yang paling umum meliputi

- *Meneruskan tindakan yang sama.* Sebagai contoh, seseorang dapat memutuskan bahwa menabung 5 persen dari pemasukan kotoranya adalah memadai untuk tujuan keuangannya.
- *Mengembangkan situasi saat ini.* Seseorang dapat memutuskan bahwa 10 persen dari gajinya merupakan jumlah yang lebih memadai untuk menabung sehingga dapat memenuhi tujuan penting.

- *Mengubah situasi saat ini.* Seseorang dapat memutuskan bahwa investasi saham yang agresif terlalu berisiko jika mengingat lingkungan pasar bursa. Oleh karenanya, disarankan suatu pendekatan investasi yang lebih konservatif.
- *Mengambil tindakan baru.* Beberapa orang mungkin memutuskan bahwa daripada menginvestasikan tabungan bulannya, mereka mengalihkannya untuk melunasi utang seperti pinjaman mahasiswa.

Contoh Tahap 3

Daniel Keene memiliki sejumlah alternatif tindakan. Ia dapat menunda residensi untuk mendapatkan uang "cepat" dengan bekerja pada suatu apotek komunitas setelah ia lulus. Uang ini dapat digunakan untuk membantu melunasi pinjamannya dan/atau untuk uang muka rumah. Alternatif tambahan apa yang dapat dipertimbangkan oleh Daniel?

Tahap 4: Mengevaluasi Alternatif

Orang perlu melakukan evaluasi tindakan yang mungkin mereka lakukan. Situasi hidup, nilai pribadi, kondisi ekonomi saat ini, dan banyak faktor lain dapat ikut menjadi bahan pertimbangan. Sebagai contoh, jika suku bunga rendah, apakah lebih baik untuk membeli sebuah rumah dalam waktu dekat daripada mengambil risiko kenaikan suku bunga dalam 2 tahun? Setiap keputusan yang diambil mempunyai konsekuensi, atau harga kesempatan. Sebagai contoh, harga kesempatan masuk sekolah farmasi bukan hanya biaya kuliah tapi juga jumlah uang yang mungkin didapat bila tidak bersekolah. Sama halnya, menginvestasikan 10 persen dari gaji di pasar saham dapat mengakibatkan Anda hanya dapat berlibur dengan biaya yang lebih murah (harga kesempatan) dibandingkan jika Anda tidak menabung sebanyak 10 persen.

Ketidakpastian atau risiko merupakan bagian dari setiap keputusan keuangan. Walaupun nampaknya aman, keputusan keuangan konservatif tetap memiliki risiko. Sebagai contoh, menginvestasikan 10 persen dari gaji pada rekening tabungan dengan harapan suatu hari memperoleh pensiun berdasarkan kinerja tabungan mungkin berisiko karena, secara historis, pengembalian rekening tabungan merupakan salah satu kelompok aset dengan tingkat pengembalian terendah (terutama jika mempertimbangkan efek inflasi).

Contoh Tahap 4

Daniel Keene mesti mempertimbangkan kebutuhan pemasukannya ketika ia mengevaluasi tindakan alternatifnya. Haruskah ia langsung mengikuti residensi? Atau haruskah ia bekerja dulu selama setahun di apotek komunitas? Risiko dan pengganti apa yang harus Daniel pertimbangkan?

Tahap 5: Ciptakan dan Terapkan suatu Rencana Tindakan Keuangan

Ini merupakan tahap ketika seseorang mengembangkan suatu rencana tindakan. Pada tahap ini, tujuan sudah ditentukan, dan suatu keputusan tentang cara mencapai tujuan itu mesti diambil. Sebagai contoh, jika Daniel ingin melunasi pinjaman mahasiswanya segera, ia mesti mengurangi belanjanya pada kategori-kategori tertentu (misal, makan di luar). Sebagai alternatif, ia dapat meningkatkan gajinya dengan kerja lembur atau kerja malam di apotek yang lain. Jika salah satu dari tujuannya sudah tercapai, Daniel harus fokus pada satu tujuan yang diprioritaskan.

Contoh Tahap 5

Daniel Keene telah memutuskan untuk kerja penuh selama 2 tahun untuk membayar pinjaman mahasiswanya dan membeli rumah. Apakah keuntungan dan kerugian dari tindakan ini?

Tahap 6: Evaluasi Ulang dan Revisi Rencana Anda

Perencanaan keuangan pribadi merupakan suatu proses yang dinamis. Dengan demikian, perlu sekali dilakukan tinjauan terhadap rencana secara berkala. Banyak perencana keuangan merekomendasikan suatu tinjauan lengkap paling tidak sekali setahun. Perubahan kondisi pribadi, sosial, dan ekonomi dapat memerlukan peninjauan yang lebih sering.

Contoh Tahap 6

Dalam 12 bulan ke depan, Daniel Keene harus meninjau dan mengkaji ulang situasi pendidikan, keuangan, dan pribadinya. Keadaan seperti apakah yang dapat memengaruhi kebutuhannya untuk mengambil tindakan yang berbeda?

■ LAPORAN KEUANGAN PRIBADI

Seperti dipaparkan pada tahap 1, Anda harus mengetahui di mana posisi Anda sekarang sebelum Anda beralih ke tempat lain. Laporan keuangan pribadi memberikan gambaran tentang keberadaan Anda dalam perjalanan keuangan Anda. Laporan keuangan yang paling relevan diantaranya adalah lembar saldo pribadi, laporan arus kas, dan perkembangan anggaran bulanan.

Lembar Saldo Pribadi

Suatu titik awal yang logis untuk seorang individu atau sebuah keluarga adalah menentukan laporan keuangan saat ini. Pada intinya, hal ini memerlukan penentuan apa yang dimiliki, apa yang diUtang, dan apa yang tersisa.

Apa yang dimiliki (aktiva) - Apa yang dipinjam (pasiva) = kekayaan bersih

Bukanlah hal yang tidak lazim bagi mahasiswa farmasi mempunyai kekayaan bersih negatif. Sebagai contoh, jika semua milik Daniel Keene bernilai \$10.000 dan ia berutang \$130.000 dari pinjaman mahasiswa, kekayaan bersihnya adalah -\$120.000.

Tabel 19-3 memberikan contoh penentuan kekayaan bersih seseorang. Aktiva adalah uang tunai dan aktiva berwujud lainnya yang bernilai uang. Dalam contoh ini, aktiva dibagi ke dalam aktiva lancar dan aktiva jangka panjang. Aktiva cair adalah aktiva lancar yang mudah dikonversi menjadi uang tunai. Sebagai contoh, rekening giro adalah aktiva cair. Aktiva jangka panjang meliputi barang seperti *real estate*, milik pribadi, dan aset investasi. *Real estate* dapat meliputi nilai dari rumah dan/atau properti yang disewakan. Milik pribadi dapat meliputi hal seperti nilai pasar dari mobil, furnitur, perhiasan, dan komputer. Aset investasi meliputi hal seperti nilai pasar dari reksa dana dan rekening pensiun.

Pasiva sering dikelompokkan ke dalam pasiva lancar dan jangka panjang. Pasiva lancar meliputi utang yang harus dibayar dalam setahun. Ini termasuk: saldo kartu kredit, saldo dari pinjaman kendaraan, pembayaran pajak, dan premi asuransi. Pasiva jangka panjang termasuk hal seperti hipotek dan pinjaman mahasiswa.

Laporan Arus Kas

Laporan ini menjawab pertanyaan, "Kemanakah perginya semua uang saya?" Banyak peristiwa yang secara terus-menerus memengaruhi arus kas Anda. Sebagai contoh, membayar biaya hidup dan menerima gaji memengaruhi aliran kas. *Arus kas* secara sederhana merupakan aliran masuk dan keluar uang tunai dalam suatu periode waktu (misal, 1 bulan). Tabel 19-4 memberikan suatu contoh laporan aliran kas. Kas masuk meliputi gaji dan bunga serta pendapatan dari investasi. Kas keluar dapat dibagi ke dalam dua kategori. Pengeluaran tetap dan pengeluaran tidak tetap. *Pengeluaran tetap* adalah pengeluaran stabil yang tidak sering berubah dan meliputi pembayaran sewa atau hipotek, pembayaran pinjaman, pembayaran televisi kabel, dan premi asuransi. Pengeluaran tidak tetap meliputi hal yang dapat dikendalikan, seperti pembelian makanan, hiburan, dan pembelian pakaian.

Anggaran

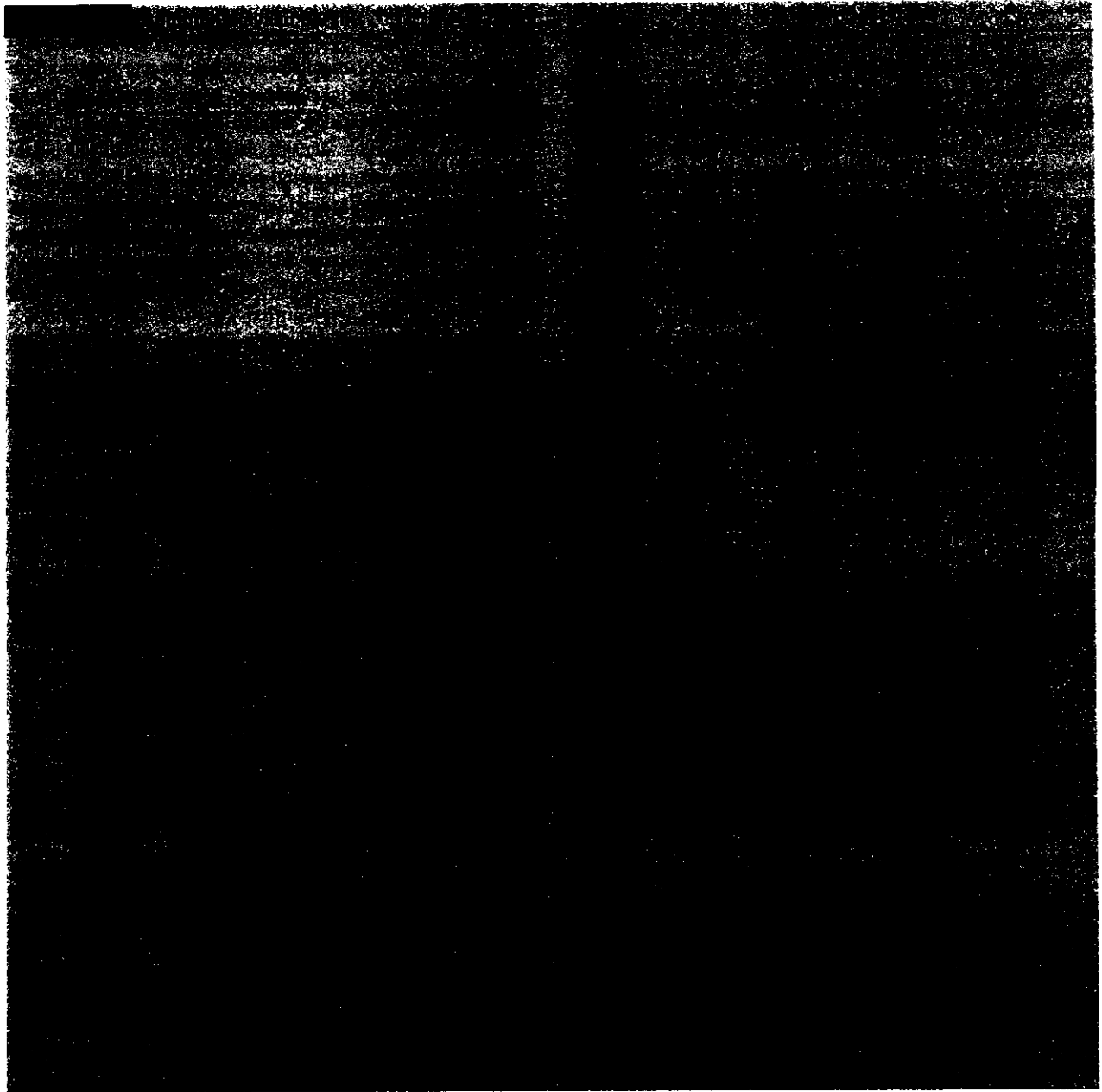
Suatu *anggaran* (lihat Bab 18) merupakan suatu rencana belanja yang dapat membantu Anda menjalani hidup sesuai dengan tujuan Anda, menggunakan uang dengan bijaksana, dan mengembangkan kebiasaan manajemen keuangan yang kritis (Fullen dan Fitzgerald, 1991; Kapoor, Dalbey, dan

Hughes, 2004). Suatu anggaran berguna karena merupakan suatu perangkat yang dapat digunakan untuk membuat penyesuaian terhadap aliran kas bulanan dan kebiasaan belanja Anda. Dengan menggunakan informasi dari laporan arus kas, Anda dapat memproyeksikan setiap penyesuaian terhadap kas keluar Anda. Hal ini terutama berlaku untuk bagian belanja tidak tetap pada laporan arus kas. Sebagai contoh, jika Daniel Keene tahu bahwa ia membelanjakan \$200 untuk makan di luar bulan lalu (yang ia rasa terlalu banyak), ia mungkin merencanakan \$100 untuk bulan depan. Anggaran merupakan suatu cetak biru terencana untuk pengeluaran di masa yang akan datang. Contoh lain, keluarga Bakers memiliki empat anggota yang sangat hati-hati memeriksa belanja mereka dalam 3 bulan terakhir. Mereka terkejut mengetahui bahwa mereka membelanjakan \$1.500 tiap bulan untuk pakaian, bahan makanan, dan makan di luar. Berbekal informasi ini mereka memutuskan untuk menganggarkan 20 persen lebih kecil (\$300 tiap bulan) untuk kategori ini dibandingkan periode 3 bulan tersebut. Dengan asumsi keluarga Baker patuh pada anggaran mereka, mereka akan memperoleh \$3.600 lebih pada akhir periode 1 tahun dibandingkan sebelum mereka memulai proses anggaran (dengan mengasumsikan bahwa semua pengeluaran dan pendapatan tetap sama).

■ KREDIT KONSUMEN

"Buat saja tagihannya!" "Masukkan ke rekening saya!" "Tambahkan saja ke dalam pinjaman mahasiswa!" Sebagaimana ditunjukkan oleh pernyataan ini, membeli dengan kredit merupakan sebuah gaya hidup di Amerika. Dalam ungkapan sederhana, *kredit* merupakan suatu pengaturan untuk mendapatkan uang tunai, barang, atau jasa saat ini dan membayarnya di masa datang (Rejda dan McNamara, 1998). Kredit konsumen dibedakan dari tipe kredit lain (yaitu kredit usaha) dalam hal kredit ini ditujukan untuk kebutuhan pribadi dan keluarga (kecuali suatu hipotek rumah). Menurut Survey Keuangan Konsumen pada tahun 2004, nilai median saldo kartu kredit dan angsuran pinjaman untuk suatu keluarga pada 2004 adalah sebesar \$13.700 (Bucks dkk, 2006). Angsuran pinjaman menggambarkan pinjaman konsumen yang memerlukan pembayaran tetap dan suatu suku bunga tetap (misalnya, pinjaman kendaraan).

Kredit memiliki keuntungan dan kerugian. Salah satu keuntungannya adalah kredit memungkinkan orang menggunakan barang dan jasa saat ini dan bukan nanti. Sebagai contoh, butuh waktu bertahun-tahun untuk menabung \$125.000 (atau lebih) untuk belajar di sekolah farmasi. Jika tidak ada pinjaman, banyak mahasiswa yang tidak mampu belajar di sekolah farmasi. Dengan mendapatkan pinjaman dengan bunga rendah (dan untuk beberapa ada yang tidak kena pajak), mahasiswa mampu untuk bersekolah saat ini,



dan bukannya nanti. Kredit memungkinkan mahasiswa memperoleh gaji farmasis dalam 4 tahun sejak mulainya sekolah farmasi (tidak seperti jika menabung selama beberapa tahun sebelum belajar di sekolah farmasi). Dengan gaji yang didapatkan oleh farmasis, kebanyakan pemberi pinjaman merasa hanya sedikit risiko mahasiswa-mahasiswa ini tidak akan melunasi pinjamannya setelah mereka lulus dan memasuki angkatan kerja.

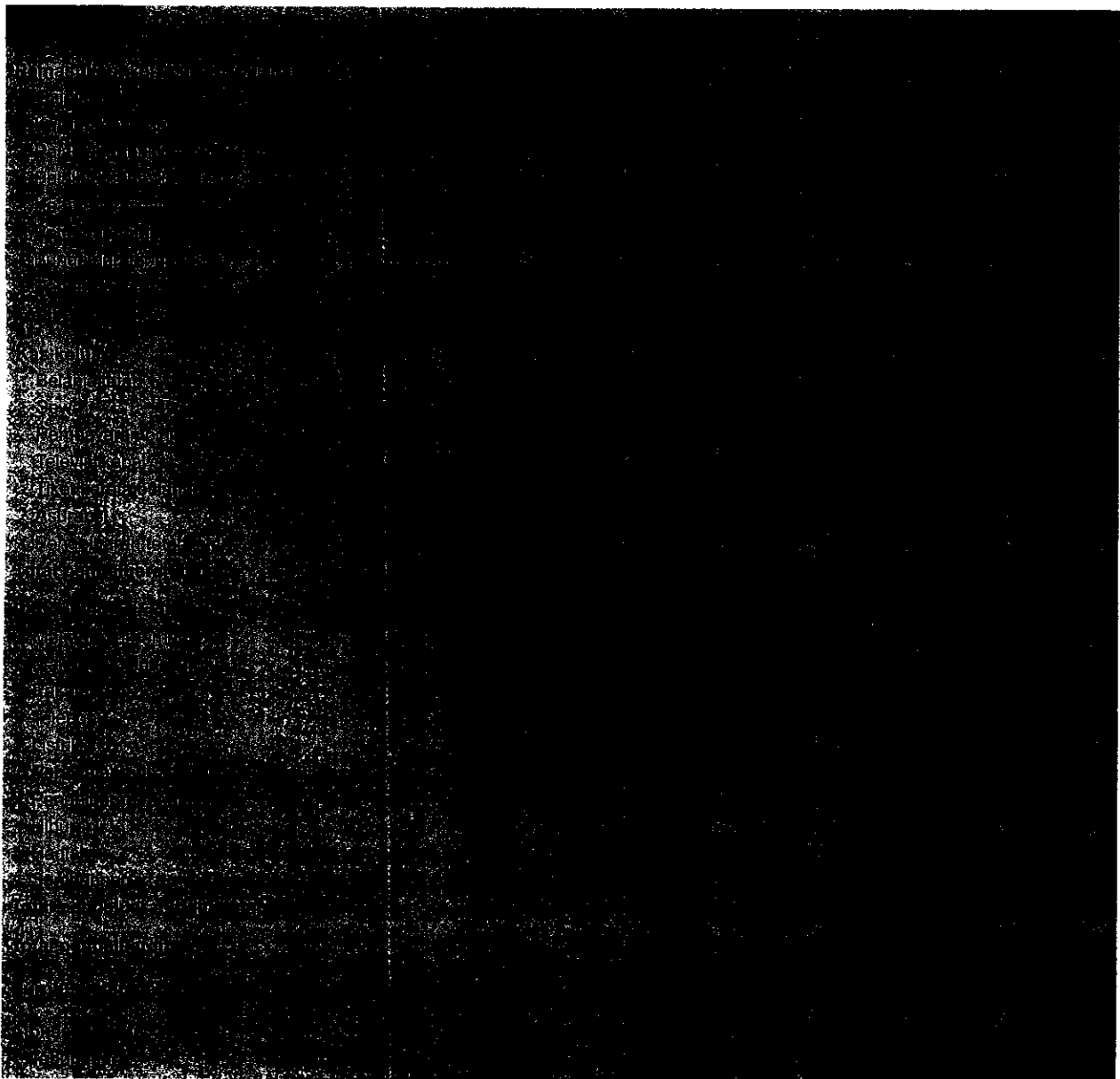
Menggunakan kartu kredit adalah contoh umum lainnya dari kredit konsumen. Kartu kredit memungkinkan orang

untuk melakukan pembelian sekalipun di saat mereka mungkin tidak punya cukup uang tunai untuk membelinya. Banyak orang merasa lebih nyaman melakukan pembelian dengan kartu kredit daripada membawa uang tunai dalam jumlah banyak. Lagi pula, mereka nyaman untuk menggabungkan banyak pembelian individual ke dalam pembayaran bulanan tunggal. Banyak perusahaan besar mengeluarkan kartu kredit mereka untuk umum. Mereka memberikan insentif dalam bentuk potongan harga bagi pengguna kartu mereka. Begitu pula, menggunakan suatu kartu kredit untuk

hal-hal seperti perjalanan udara dan sewa mobil sering meliputi juga manfaat tambahan seperti asuransi kecelakaan, tanpa adanya biaya tambahan.

Kredit juga memiliki kerugian jika tidak digunakan secara bijak. Sebagai contoh, jika Anda tidak membayar saldo kartu kredit secara penuh tiap bulannya, Anda dapat dikenakan pengeluaran bunga (*prohibitive interest*). Suku bunga sering mencapai 15 sampai 20 persen untuk kartu kredit sehingga jika Anda membayar jumlah minimum setiap bulan, Anda akan membayar utang selama puluhan tahun. Satu kerugian

kredit pada umumnya dan khususnya kartu kredit adalah godaan untuk berbelanja secara berlebihan. Belanja berlebihan dapat menimbulkan masalah keuangan jangka panjang dan memburuknya hubungan keluarga serta dapat mengurangi kemungkinan pencapaian tujuan keuangan Anda. Oleh karena itu, sangatlah penting bagi farmasis untuk selalu mempertanyakan untung-rugi pembelian potensial. Sebagai contoh, kebanyakan orang dalam 25 persen daftar pajak federal dan 6 persen pajak negara bagian harus mendapatkan uang \$1.630 untuk setiap \$1.000 yang mereka belanjakan



untuk gaya hidup mereka (angka ini termasuk pajak Social Security dan Medicare pegawai).

■ KELAS MODAL DAN ALOKASI MODAL

Berikut ini adalah fakta mengenai investasi:

- Sejak tahun 1940, hanya ada 2 tahun tanpa inflasi.
- Untuk mendapatkan pengembalian jangka panjang, Anda harus menerima risiko jangka pendek.
- Satu-satunya harga yang diperhitungkan adalah harga ketika Anda membeli dan menjual; *yang lainnya adalah gangguan.*
- Anda seharusnya hanya berinvestasi pada modal jika Anda tidak memerlukan uang dalam waktu dekat.
- Kinerja masa lalu adalah suatu indikator buruk untuk hasil di masa datang.

Pasar modal yang luas, sebagaimana diukur oleh Standard & Poor's Index (S&P 500), mengalami kenaikan dalam sejarah pada Maret tahun 2000. Per Februari tahun 2003, terjadi penurunan kira-kira 45 persen. Akan tetapi, bahkan sebelum terjadinya penurunan signifikan ini, investor tertentu memiliki prestasi lebih buruk daripada rata-rata pengembalian dalam klasifikasi kelas modal saham dan obligasi. Menurut Dalbar, Inc., sebuah firma riset investasi, S&P 500 mengembalikan rata-rata 11,81 persen setiap tahunnya antara Januari 1987 dan Desember 2006 (Dalbar, 2007). Tetapi, investor tertentu pada pasar saham reksa dana mendapatkan hanya 6,19 persen tiap tahunnya. Alasan utama dari prestasi yang rendah ini adalah karena investor membeli dengan harga tinggi dan menjual pada harga yang rendah. Dengan kata lain, mereka menunggu terlalu lama untuk masuk ke dalam kelas modal (yaitu, setelah sampai meningkat secara substansial) dan menjual setelah menurun (yaitu, sesaat sebelum harganya meningkat). Bagaimana para investor dapat meningkatkan kemungkinan perkiraan pengembalian pasar? Tiga konsep dasar yang akan meningkatkan kesempatan para investor adalah mengidentifikasi toleransi risiko, diversifikasi aset, dan investasi indeks.

Risiko dan Toleransi Risiko

Jika investasi Anda menurun 30 persen dalam satu tahun, akankah Anda menjualnya dan mengalihkan aset sisanya pada suatu rekening tabungan yang terjamin? Jawaban Anda atas pertanyaan seperti ini menentukan persentase dana investasi Anda yang harus dialokasikan pada tiga kelas aset utama, yaitu saham, obligasi, dan uang tunai (dana pasar uang yang stabil atau rekening tabungan bank). Berikut ini adalah hukum keuangan: "Untuk dapat pengembalian yang lebih tinggi, seseorang mesti mengambil risiko yang lebih besar."

Terdapat dua sumber risiko dasar: (1) kondisi ekonomi yang berubah dan (2) kondisi penerbit sekuritas yang berubah. Kondisi ekonomi yang berubah termasuk risiko inflasi, risiko siklus bisnis, dan risiko suku bunga.

Risiko inflasi terjadi jika inflasi meningkat, tetapi pengembalian investasi seseorang tidak sejalan dengan peningkatan ini. Contohnya adalah mungkin rekening tabungan Anda membayar 1 persen saat terjadi inflasi sebesar 3 persen. *Risiko siklus bisnis* merujuk pada fakta bahwa investasi Anda dapat mencerminkan fluktuasi dalam siklus bisnis. Sebagai contoh, saham secara khas akan menurun jika ekonomi lebih dulu memasuki resesi karena pendapatan perusahaan biasanya menurun selama resesi. *Risiko suku bunga* dapat terjadi jika suku bunga meningkat, tetapi Anda telah terikat pada bunga yang rendah dalam obligasi jangka panjang. Sebagai contoh, jika Anda membeli obligasi dengan bunga 4 persen selama 10 tahun, Anda menghadapi kemungkinan nyata bahwa jika suku bunga naik, nilai obligasi akan menurun.

Sumber kedua dari risiko adalah kondisi penerbit yang berubah. Hal ini meliputi *risiko manajemen* (misalnya, perusahaan tempat Anda berinvestasi memiliki manajemen yang buruk), *risiko bisnis* (misalnya, risiko yang terkait dengan produk perusahaan), dan *risiko keuangan* (misalnya, perusahaan mungkin saja meminjam terlalu banyak uang dan harus menyatakan pailit). Oleh karena itu, Anda tidak dapat berharap untuk menerima pengembalian yang lebih besar dari suatu perusahaan nondiversifikasi-investasi risiko tinggi yang spesifik (misalnya, memasukkan semua modal investasi Anda pada satu atau dua saham). Hal ini karena pasar mungkin saja sangat baik, tapi satu atau dua perusahaan (yang Anda pilih) dapat mengalami pailit disebabkan risiko manajemen, bisnis, dan/atau keuangan yang spesifik untuk beberapa perusahaan.

Pada umumnya, semakin besar variabilitas suatu investasi, semakin besar pula risikonya. Akan tetapi, semakin lama investasi yang berisiko dipertahankan, semakin besar peluang mendapatkan pengembalian yang lebih besar, berlawanan dengan investasi yang "aman" (misalnya, rekening tabungan). Sebagai contoh, antara tahun 1926 dan 2005, kinerja periode 1-tahun pasar saham Amerika yang terburuk adalah 43,3 persen, dan kinerja terbaiknya adalah 54,2 persen (Ibbotson, 2006). Dengan melebarkan kinerja pengembalian sampai 20 tahun terungkap bahwa kinerja saham 20-tahun yang terburuk adalah pengembalian tahunan sebesar 3,1 persen, sedangkan yang terbaik adalah pengembalian tahunan sebesar 17,8 persen. Oleh karena itu, sangatlah penting bagi Anda untuk memeriksa toleransi Anda terhadap risiko dan, berdasarkan toleransi tersebut, rumuskanlah suatu portofolio investasi diversifikasi yang tidak hanya memenuhi tujuan-tujuan finansial, tetapi juga konsisten dengan toleransi Anda terhadap risiko.

Alokasi Modal

Seperti dibahas sebelumnya, jika Anda tidak dapat menoleransi portofolio investasi yang menurun 30 persen dalam setahun, jangan miliki portofolio yang berupa saham semua (karena penurunan setahun yang terbesar dalam sejarah adalah 43,3 persen). Namun, bagaimana seharusnya Anda mengalokasikan sumber daya? Ambil permisalan bahwa Anda dapat menoleransi suatu penurunan sebesar 20% atau 10%? Berdasarkan pengembalian historis serta menggunakan saham-saham besar dan obligasi jangka panjang sebagai kelas modal utama untuk mendesain portofolio, Anda seharusnya tidak memiliki lebih dari 40% saham pada portofolio Anda jika tidak dapat menoleransi kehilangan lebih besar dari 20% (Ibbotson, 2006). Jika Anda tidak dapat menoleransi suatu kehilangan yang lebih besar dari 10% terhadap portofolio, Anda seharusnya tidak punya lebih dari 20% modal dalam saham. Dengan mendesain suatu portofolio berdasarkan toleransi risiko, Anda secara signifikan meningkatkan kemungkinan bahwa Anda akan tetap berpegang padanya ketika kondisi menjadi lebih sulit. Oleh karena itu, Anda akan lebih mungkin untuk mencapai pengembalian pasar daripada pengembalian investor tertentu.

Investasi Indeks

Investasi pada suatu indeks reksa dana merupakan suatu upaya untuk menyetarakan, setelah pengeluaran biaya, kinerja dari sekelompok saham. Sebagai contoh, S&P 500 adalah suatu ukuran meluas dari kinerja pasar saham Amerika Serikat. Berinvestasi pada suatu indeks reksa dana dengan mengikuti S&P 500 akan menghasilkan pengembalian yang sedikit lebih rendah daripada indeks (akibat pengeluaran dana). Secara historis, rasio pengeluaran biaya jauh lebih rendah untuk investasi pada dana indeks daripada untuk investasi pada reksa dana saham yang terkelola (tempat para "ahli" hanya berinvestasi pada saham yang mereka percaya akan melampaui keseluruhan pengembalian pasar rata-rata). Walaupun reksa dana terkelola mempunyai tujuan untuk mengalahkan indeks yang mereka dinilai, namun pada kenyataannya ini jarang terjadi (diantaranya karena meningkatnya pengeluaran biaya). Sebagai contoh, selama periode 25 tahun antara 31 Desember 1980 dan 31 Desember 2005, rata-rata reksa dana ekuitas terkelola memperoleh 10 persen tiap tahun, sementara suatu indeks reksa dana S&P 500 mendapatkan 12,3 persen tiap tahun (Bogle, 2006). Dengan pernyataan lain, dana sebesar \$10.000 tumbuh menjadi \$108.347 pada reksa dana ekuitas rata-rata, tapi akan menjadi \$181.758 pada dana indeks S&P 500 untuk periode waktu yang sama.

Nilai Waktu dari Uang

Memiliki satu dolar saat ini lebih berharga dari pada menerima satu dolar pada suatu masa di masa depan. Sebaliknya, membayar satu dolar di kemudian hari lebih disukai daripada membayarnya sekarang. Pernyataan ini dapat dimengerti karena total jumlah uang saat ini dapat diinvestasikan untuk mendapatkan bunga dan karenanya tumbuh menjadi lebih banyak. Sebagai contoh, tanpa mempertimbangkan pajak dan komisi, Anda dapat menggunakan suatu kalkulator bisnis untuk menentukan berapa banyak uang senilai \$10.000 akan tumbuh dalam 10 tahun dengan asumsi suku bunga sebesar 8 persen tiap tahun. Jawabannya, yaitu \$21.589, diturunkan dengan cara berikut ini: $\$10.000 \times 1,08^{10} = \21.589 (1.08 pangkat sepuluh adalah faktor suku bunga selama 10 tahun ke depan). Dengan menggunakan Tabel 19-5, kita dapat menentukan pertumbuhan \$10.000 yang diinvestasikan dalam bentuk saham dari tahun 1926 sampai 2005 (dengan tidak memperhitungkan pajak dan komisi) sebagai berikut: $\$10.000 \times 1,104^{80} = \$27.385.828$. Saham-saham memiliki rata-rata 10,4 persen tiap tahun selama 80 tahun terakhir yang akan meningkatkan suatu investasi awal \$10.000 menjadi bernilai lebih dari \$27 juta.

Untuk meletakkan konsep nilai waktu dari uang pada suatu perspektif, pikirkanlah cerita dari dua investor yang berinvestasi pada suatu IRA (*individual retirement account*, rekening pensiun individu) kontribusi maksimum untuk tahun 2008 bagi mereka yang berusia 49 tahun ke bawah adalah \$5.000). Sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 19-5 (asumsikan suatu pengembalian dengan penangguhan pajak sebesar 9 persen tiap tahun), Investor A berkontribusi \$5.000 tiap tahun sejak usia 22 sampai 30 tahun dan kemudian menghentikan kontribusinya (total investasi \$45.000). Investor B mulai kontribusinya sebesar \$5.000 pada usia 31 tapi berlanjut sampai pensiun di usia 65 (total investasi \$175.000). Walaupun kontribusinya \$130.000 lebih kecil, Investor A memiliki sejumlah \$1.347.359 saat usianya 65 tahun, sementara Investor B hanya punya \$1.086.982. Karena nilai waktu dari uang, semakin awal seseorang berinvestasi, semakin banyak ia dapat mengumpulkan uang (dan semakin sedikit keperluannya untuk menabung).

■ PERENCANAAN PENSIUN

Telah terjadi perubahan signifikan rencana pensiun perusahaan dalam beberapa dekade terakhir. Secara tradisional, perusahaan menyediakan pegawainya *rencana manfaat tertentu* (*defined-benefit plan*), yang menggunakan rumus berdasarkan pengabdian untuk menentukan tunjangan. Sebagai contoh,

investasi, agar dapat memiliki 100 persen inflasi dengan probabilitas yang disesuaikan untuk tidak kehabisan uang sepanjang periode 30 tahun (berdasarkan kinerja historis saham, obligasi, kas, dan inflasi), para pensiunan tidak boleh menarik lebih dari 4 sampai 5 persen portofolio investasi tiap tahunnya (Cooley, Hubbard, dan Waltz, 1998). Sepasang suami istri harus merencanakan minimum 20 tahun dari penghasilannya untuk pensiun. Pada intinya, jika Anda memiliki 20 tahun dari penghasilan untuk investasi atau media lain, Anda akan aman. Dari mana Anda mendapatkan penghasilan selama itu?

Anda tidak memerlukan nilai 20 tahun penghasilan, hanya nilai ekivalennya saja. Social Security akan mengganti sebagian dari penghasilan Anda. Jika nilai penggantianannya adalah 25 persen, sebagaimana untuk mereka yang mendapatkan gaji dasar maksimum, hal ini berarti bahwa nilainya sebanding dengan 5 tahun dari penghasilan ($25 \text{ persen} \times 20 = 5$).

Kepemilikan rumah dapat menyediakan "tahun penghasilan" melalui penurunan pertukaran (*trade-down*). Sebagai contoh, pindah dari rumah seharga \$400.000 ke \$200.000 saat pensiun memungkinkan Anda memiliki \$200.000 uang investasi (yang dapat menunjang tagihan rumah Anda, termasuk utilitas, asuransi properti, dan perawatan). Pilihan *trade-down* ini merupakan pegangan yang paling banyak digunakan orang untuk keamanan pensiunnya. Hal ini dapat mengganti 2 sampai 4 tahun penghasilan.

Tabungan pribadi, *plan* pensiun, dan tabungan pensiun dari media seperti *plan* 401(k) atau 403 (b) akan menggantikan "tahun-tahun penghasilan" yang tersisa. Untuk mempunyai stabilitas keuangan, tidaklah membutuhkan kecerdasan atau kecemerlangan keuangan. Setiap orang dapat mencapai keamanan keuangan dengan menjadi penabung tetap dan memiliki rumah serta dengan mempunyai riwayat kepegawaian yang stabil.

Menurut Burn (1997), cetak biru untuk keamanan keuangan dapat dipersempit menjadi tujuh prinsip utama:

1. Belanjakan lebih sedikit daripada yang Anda peroleh (misalnya, tabunglah 10 persen dari keseluruhan gaji).
2. Bayarlah kebutuhan diri Anda dulu (misalnya, ambil 10 persen dari pembayaran gaji Anda setiap periode, dan investasikanlah).
3. Manfaatkanlah uang bebas [selalu manfaatkan penyesuaian perusahaan pada *plan* 401(k) atau 403(b)].
4. Pertahankan pengeluaran investasi agar tetap rendah (semakin besar Anda membayar untuk pengeluaran investasi, semakin sedikit yang akan Anda dapatkan pada akhirnya).
5. Berutanglah sesedikit mungkin (misalnya, jangan ambil saldo kartu kredit pada suku bunga yang tinggi).
6. Diversifikasi investasi. Jangan simpan seluruh telur investasi Anda dalam satu keranjang.

7. Percayalah pada kekuatan rata-rata. Sebagaimana disampaikan sebelumnya, menyesuaikan pengembalian S&P 500 Index mungkin jauh lebih unggul daripada yang sebetulnya didapatkan oleh investor.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO: EDUKASI KEUANGAN

Pembahasan sebelumnya mengenai banyak aspek edukasi keuangan membawa kita kembali pada skenario. Situasi Daniel Keene seperti kebanyakan farmasis yang lulus baru-baru ini. Pengorbanan serta biaya kesempatan dalam memperoleh gelar doktor farmasi telah memberikan jalan bagi sebuah masa depan yang cerah ketika keputusan keuangan kritis harus dibuat. Seperti dibahas sebelumnya, banyak mahasiswa farmasi beranjak dari kemiskinan ke tingkat lima besar penerima gaji tertinggi di Amerika Serikat. Mirip dengan perawatan pasien, tidak ada rencana keuangan yang sesuai dengan semua orang. Seorang mahasiswa mungkin memiliki tujuan keuangan yang berbeda nyata dibandingkan teman sekelasnya. Inilah pentingnya setiap orang untuk meluangkan waktu menulis dan merefleksikan keenam tahap proses perencanaan keuangan seperti dibahas sebelumnya. Semakin banyak pengetahuan yang Anda peroleh dalam hal perencanaan keuangan, semakin besar kemungkinan Anda akan mencapai tujuan-tujuan keuangan Anda.

■ KESIMPULAN

Pengetahuan mengenai perencanaan keuangan dijabarkan ke dalam keputusan-keputusan keuangan yang unggul karena menyangkut keluarga seseorang dan ke dalam penghasilan bersih yang lebih tinggi 20 tahun setelah lulus (Garman dan Bagwell, 1998). Informasi pada bab ini dapat berkontribusi pada edukasi keuangan Anda. Pertama, dipaparkan enam-tahap proses perencanaan keuangan. Kemudian, komponen-komponen spesifik laporan keuangan pribadi dipaparkan dan didiskusikan, begitu juga dengan sebuah pembahasan tentang kredit. Pembahasan dilanjutkan dengan investasi pada berbagai kelas modal dan pentingnya alokasi modal berdasarkan toleransi risiko seseorang. Akhirnya, nilai waktu dari uang dan hal-hal terkait perencanaan pensiun dibahas, begitu juga dengan tujuh prinsip keuangan pribadi yang efektif.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

Berdasarkan yang telah Anda ketahui tentang keuangan pribadi, bagaimanakah Anda dapat menolong Daniel menjawab pertanyaan yang diungkapkan dalam skenario pada bagian awal bab ini:

1. Setelah Daniel menjadi seorang farmasis, apakah yang seharusnya jadi prioritas keuangan pertama: menabung untuk membeli rumah, melunasi utang dari pinjaman mahasiswa, atau melunasi utang kartu kreditnya? Informasi tambahan apa yang Anda inginkan untuk membantu Daniel menjawab pertanyaan ini?
2. Apakah keuntungan dan kerugian menggunakan kartu kredit untuk melakukan pembelian pribadi?
3. Dengan asumsi Daniel akan berpraktik farmasi selama 40 tahun sebelum pensiun, kapanakah waktu terbaik baginya memulai menabung untuk pensiunnya?
4. Kira-kira berapa tahun penghasilan yang harus Daniel rencanakan untuk menabung masa pensiun?
5. Berapa persenkah dari penghasilan tahunannya yang Daniel harus rencanakan untuk pensiun? Faktor-faktor apakah yang memengaruhi keputusan ini?
6. Setelah Daniel memulai menabung untuk pensiun, investasi apakah yang paling cocok untuk Daniel lakukan—saham, obligasi, 401(k), IRA, atau rekening tabungan? Faktor apakah yang harus dipertimbangkan sebelum memutuskan di mana akan dilakukan investasi untuk tabungan pensiunnya?

REFERENSI

- American Council of Life Insurance. 2006. *Life Insurance Fact Book*. Washington, DC: American Council of Life Insurance.
- Bogle JC. 2006. What's Ahead for Stocks and Bonds-And How to Earn your Fair Share. Bogle Financial Markets Research Center, www.vanguard.com/bogle_site/bogle_speeches.html; diakses pada 21 Maret, 2007.
- Brown RC. 1979. Employee assistance programs in Industry. In Myhre DC (ed), *Financial Counseling: Assessing the State of the Art*, hlm. 137. Blacksburg, VA: Financial Counseling Project Extension Division.
- Bucks BK, Kennickell AB, Moore DB. 2006. Recent changes in U.S. family finance: Evidence from the 2001 and 2004 Survey of Consumer Finances. *Federal Reserve Bulletin* (March).
- Burns S. 1997. The seven law of personal finance (couch potato edition). *Dallas Morning News*, 5 Januari.
- Cooley P, Hubbard CM, Waltz DT. 1998. Retirement savings: Choosing a rate that is sustainable. *AAII*; tersedia di www.aaia.com/
- Dalbar, Inc. 2007. Quantitative Analysis of Investor Behavior, 2007. Tersedia di www.dalbrinc.com/
- Fullen TL, Fitzgerald WL. 1991. Getting a leg up with financial planning. *Apothecary* April-May-June: 6.
- Garman ET, Bagwell DC. 1998. The impact of high school financial curriculum requirements on adult behavior (or how to get an extra year's paycheck). *Assoc Financ Counsel Plan Educ Newsletter* 16: 3.
- Garman ET, Leech IE, Grable JE. 1996. The negative impact of employee poor personal financial behaviors on employers. *Assoc Financ Counsel Plan Educ Newsletter* 7:157
- Ibbotson R. 2006. *Stocks, Bonds, Bills, and Inflation (SBBI) Valuation Edition 2006 Yearbook*. New York: Wiley.
- Kapoor JR, Dlabay LR, Hughes RJ. 2004. *Personal Finance*, 7th ed. New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Rejda GE, McNamara MJ. 1998. *Personal Financial Planning*. Reading, MA: Addison-Wesley.

BAGIAN 5

MENGUJAI BARANG DAN LAYANAN TRADISIONAL

TEORI PEMASARAN

John Bentley

Tentang Penulis: Dr Bentley adalah seorang Associate Profesor di Department of Pharmacy Administration dan Research Associate Profesor di Research Institute of Pharmaceutical Science pada University of Mississippi School of Pharmacy. Beliau menerima gelar B.S di bidang farmasi dan MBA dari Drake University dan gelar MS serta Ph.D. dalam administrasi farmasi dari University of Mississippi. Selain statistik, minat pengajaran Dr Bentley juga mengenai organisasi, pelayanan, keuangan, dan hasil perawatan kesehatan. Minat penelitiannya meliputi pemahaman peran praktik farmasi dalam bagaimana penggunaan obat dan pengalaman konsumsi obat memengaruhi kualitas hidup, penggunaan ukuran kualitas hidup sebagai perangkat klinis, serta penyelidikan empiris dari isu-isu etis di bidang farmasi dan penelitian.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendefinisikan pemasaran dan menggambarkan kontribusinya di masyarakat.
2. Mendiskusikan tujuan pemasaran dalam bisnis.
3. Mengidentifikasi orientasi terhadap pasar yang mungkin dipilih organisasi ketika melakukan kegiatan pemasaran.
4. Membedakan antara konsep kebutuhan, keinginan, dan permintaan.
5. Menentukan konsep pertukaran dan menyatakan pentingnya hal itu bagi pemasaran.
6. Menjelaskan bauran pemasaran dan menerapkannya dalam pemasaran jasa.
7. Menjelaskan berbagai jenis produk yang ditawarkan dan menentukan karakter pembeda dari sebuah layanan.
8. Menjelaskan harapan, kepuasan, kualitas, nilai, dan kesetiaan serta menjelaskan peran semua itu dalam perilaku pembelian dan profitabilitas organisasi.
9. Menjelaskan konsep pemasaran hubungan dan menerapkannya ke dalam manajemen farmasi.

■ SKENARIO

Jim Smyth dan Sue Davidson adalah asisten pemilik dan juga pengelola West Side Pharmacy. Dari catatan akhir tahun, kedua farmasis mulai menyadari bahwa apotek mereka berjuang untuk memenuhi tujuan finansial. Keduanya memutuskan untuk meminta staf farmasis dan para teknisi untuk membantu mereka mengungkapkan ide-ide bagi perbaikan kinerja mereka. Selama rapat staf diadakan setelah jam kerja, beberapa pertanyaan diajukan: "Apakah

ada barang-barang yang berhubungan dengan kesehatan yang harus ditambah pada lini produk yang kita jual?” “Adakah layanan lain yang dapat kita berikan sesuai dengan kebutuhan atau keinginan komunitas kita?” “Apakah jenis layanan yang dapat kita kembangkan berdasarkan sumber daya yang ada?” “Haruskah kita memberikan layanan di apotek atau di lokasi lain?” “Bagaimana menjadikan layanan kita berbeda dari Corner Pharmacy yang terletak di sisi lain kota?” “Bagaimana tarif dari layanan itu?” “Bagaimana cara membuat orang-orang tahu kalau kita menawarkan layanan tersebut?” “Bagaimana cara mengetahui apakah pasien kita menghargai barang dan jasa yang kita sediakan?” “Jenis hubungan seperti apa yang harus kita bangun dengan pasien agar dapat berhasil?”

Ini semua adalah pertanyaan yang berhubungan dengan pemasaran, dan bab ini serta bab selanjutnya akan memfokuskan pada penyediaan informasi untuk membantu manajer farmasi mulai menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut. Bab ini akan menjelaskan dan mendiskusikan beberapa kerangka dasar bangunan pemasaran yang penting untuk mengembangkan dan menerapkan rencana pemasaran. Bab 21 akan memberikan kepada pembaca beberapa alat praktis yang diperlukan untuk pemasaran layanan apotek.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah pemasaran itu, dan apa tujuannya dalam bisnis? Apa tujuannya dalam tataran apotek?
2. Apa saja berbagai filosofi yang dapat digunakan untuk memandu usaha pemasaran suatu perusahaan?
3. Apakah perbedaan antara kebutuhan, keinginan, dan permintaan?
4. Apakah yang dimaksud dengan bauran pemasaran?
5. Apakah ciri dari berbagai jenis penawaran yang diberikan oleh sebuah bisnis kepada pelanggan?
6. Bagaimana konsep harapan, kepuasan, kualitas, nilai, dan loyalitas berhubungan satu sama lain, dan apa pentingnya konsep tersebut bagi pemasaran?
7. Apa yang dimaksud dengan pemasaran hubungan, dan bagaimana hal itu dapat digunakan untuk meningkatkan praktik kefarmasian?

■ PENDAHULUAN: MENGAPA PEMASARAN?

Smith (1996) mengamati bahwa pemasaran telah menerima “reputasi buruk.” Bagaimanapun kontribusinya kepada masyarakat (Wilkie dan Moore, 1999) dan standar hidup yang tinggi, (Smith, 1996) pemasaran telah banyak menuai kritik. Mungkin kritik-kritik ini datang dari persepsi umum bahwa pemasaran adalah “seni menjual produk” (Kotler dan Keller, 2006). Sebagaimana akan dibahas, ini adalah pandangan

yang sangat sempit tentang pengertian dari pemasaran. Kritik lain berasal dari persepsi bahwa banyak pemasar yang berlaku tidak etis. Walaupun beberapa pemasar gagal untuk bertindak sesuai dengan prinsip-prinsip etika, kritik seperti itu mungkin akan ditentang oleh setiap usaha, termasuk apotek. Intinya adalah bahwa pemasaran adalah fungsi yang disalahpahami oleh banyak orang. Sebagian orang berpendapat, pemasaran seringkali menjadi fungsi yang diabaikan padahal penting bagi keberhasilan setiap organisasi (Smith, 2002).

Pemasaran bukan hanya fungsi bagi perusahaan multinasional yang besar. Seperti pada perusahaan besar, prinsip-prinsip pemasaran dapat berlaku bagi perusahaan kecil, contohnya pada apotek yang dimiliki secara independen. Pemasaran juga penting untuk profesi farmasi. Pemasaran dan praktik kefarmasian memiliki sejarah hidup panjang berdampingan satu sama lain. Alat pemasaran telah digunakan untuk membantu farmasis menangani banyak isu-isu dalam berbagai ruang lingkup praktik, seperti berapa tarifnya untuk satu resep obat, apakah perlu untuk menambahkan layanan monitoring farmakokinetik atau satelit peracikan di rumah sakit, yang produk bebasnya (*over-the-counter*, OTC) dibawa, dan apakah akan menggunakan perantara untuk semua produk atau memesan langsung dari produsen.

Seiring perkembangan farmasi, peran pemasaran ikut tumbuh semakin penting. Sejak artikulasi dari konsep asuhan kefarmasian (Hepler dan Strand, 1990), banyak layanan farmasi yang inovatif telah dijelaskan dan dilaksanakan, mulai dari manajemen terapi obat-obatan yang komprehensif (MTM) untuk penyakit tertentu, seperti asuhan diabetes, manajemen lipid, penghentian pemakaian tembakau, dan manajemen antikoagulasi. Bagaimanapun, bersamaan dengan pengembangan dan implementasi layanan ini terdapat juga pertumbuhan yang terus-menerus dalam literatur yang mendokumentasikan penggunaan obat yang tidak tepat, menunjukkan bahwa kebutuhan yang signifikan masih ada untuk layanan yang ditujukan untuk mengurangi konsekuensi negatif terkait dengan terapi obat.

Jadi mengapa kebutuhan ini tidak terpenuhi? Kekhawatiran mengenai si penulis resep, pasien, dan permintaan pembeli sering dianggap sebagai hambatan signifikan dalam penyediaan layanan farmasi yang berorientasi pada pasien (McDonough et al., 1998a). Memahami kebutuhan pelanggan* dan menggunakan pemahaman tersebut untuk menciptakan, menyampaikan, dan mengomunikasikan nilai merupakan komponen kunci dari pemasaran. Walaupun banyak praktisi tertarik

*Walaupun beberapa pengarang berpendapat secara tepat bahwa istilah *konsumen*, *pelanggan*, *pasien*, dan *klien* memiliki arti secara mendasar sangat berbeda, istilah-istilah itu, pada kebanyakan bagian, digunakan secara bergantian dalam bab ini (walaupun istilah *klien* tidak digunakan). Diskusi mengenai arti dan simbolisme dari istilah-istilah ini ditangani dengan sangat baik pada bidang lain.

dalam memperoleh pengetahuan klinis yang diperlukan dan keterampilan untuk memberikan layanan MTM, banyak juga yang berpendapat bahwa pengetahuan dan keterampilan pemasaran sama pentingnya. Rovers dan rekan (1998, hlm. 136) meringkas hal ini dengan menyatakan bahwa "farmasi harus membangun permintaan dan penawaran untuk layanan asuhan kefarmasian secara bersamaan."

Seiring evolusi apotek dari praktik yang berfokus pada produk menjadi berfokus pada layanan, pemasaran sekarang, lebih dari pada sebelumnya, sangatlah penting untuk keberhasilan profesi. Pentingnya memahami nuansa pemasaran untuk keberhasilan asuhan kefarmasian diakui oleh Hepler dan Strand (1990, hal 541), yang mencatat bahwa "strategi pemasaran asuhan kefarmasian... akan berbeda secara fundamental dari segi strategi yang biasa dikembangkan untuk menjual produk obat." Agar pelayanan apotek yang inovatif berhasil dalam membantu pasien mencapai hasil terapeutik yang optimal, praktisi farmasi harus mampu memahami-peran penting pemasaran. Bab ini akan mendefinisikan banyak istilah dan konsep yang sangat penting untuk memahami bagaimana cara memasukkan pemasaran secara efektif dan efisien ke dalam manajemen perusahaan farmasi.

■ PEMASARAN: DEFINISI DAN KONSEP

Penting untuk terlebih dahulu menetapkan apa definisi *pemasaran* karena tujuan dari bab ini adalah untuk memperkenalkan pembaca terhadap kerangka bangunan dasar dari pemasaran. Menurut American Marketing Association (AMA) (Keefe, 2004, hlm. 17), "pemasaran adalah suatu fungsi organisasi dan seperangkat proses untuk menciptakan, mengomunikasikan, dan menyampaikan nilai kepada pelanggan dan untuk mengelola hubungan dengan pelanggan dengan cara-cara yang menguntungkan organisasi dan para pemangku kepentingannya." Termasuk dalam definisi ini adalah beberapa konsep yang akan dibahas dalam bagian berikutnya dari bab ini, yaitu, hubungan dan nilai. Konsep-konsep lain, seperti empat P dari bauran pemasaran (yaitu, *product* [produk],¹ *price* [harga], *place* [tempat, distribusi], dan *promotion* [promosi]) dan konsep pertukaran, adalah implisit di dalam definisi ini. Untuk saat ini, adalah penting untuk mengakui bahwa definisi ini secara eksplisit mengakui bahwa pemasaran adalah lebih dari sekedar menjual produk.

¹Sebagaimana akan didiskusikan nanti di bab ini, konsep produk dalam pemasaran bisa merujuk pada hal berharga yang ditawarkan oleh organisasi, termasuk barang berwujud, layanan, bahkan konsep dan ide.

Tiap-tiap poin sebelumnya menunjukkan pandangan meluas dari domain pemasaran, gagasan bahwa ilmu pemasaran berjuang di awal di tahun 1960-an. Bagi banyak orang pada saat itu, termasuk AMA, pemasaran diakui sebagai serangkaian kegiatan *bisnis* yang ada untuk mewujudkan transaksi *pasar* antara produsen barang dan jasa dengan konsumen (Hunt, 2002). Sebagian yang lain mengajukan agar pengertian pemasaran harusnya diperluas (1) untuk mencakup organisasi-organisasi nonbisnis dan (2) bahwa implikasi sosial kegiatan pemasaran juga harus dimasukkan ke dalam domain pemasaran (Hunt, 2002). Setelah perdebatan yang alot, pada tahun 1985 AMA mengadopsi definisi pemasaran sebagai berikut (Keefe, 2004, hal 17): "Pemasaran adalah proses perencanaan dan pelaksanaan konsepsi, penetapan harga, promosi, dan distribusi gagasan, barang, dan jasa untuk menciptakan pertukaran yang memuaskan tujuan individu dan organisasi." Penekanan pada *pertukaran* dan masuknya *gagasan* dengan jelas menunjukkan bahwa pemasaran telah diperluas untuk mencakup organisasi-organisasi nonbisnis. Definisi pemasaran AMA tahun 2004 (Keefe, 2004, hlm. 17) mengambil gagasan ini selangkah lebih jauh dan tidak secara spesifik menyebutkan apa "produk" yang terlibat dalam pertukaran itu tetapi lebih berfokus pada penciptaan, komunikasi, dan penyampaian *nilai* oleh organisasi (yang mungkin dengan sangat baik melingkupi organisasi non-bisnis). Literatur penuh dengan contoh-contoh tentang bagaimana prinsip-prinsip pemasaran telah digunakan oleh organisasi-organisasi amal, institusi akademis, kelompok isu-isu sosial, kandidat politik, dan lembaga-lembaga perawatan kesehatan. Hunt (2002, hlm. 11) mengatakan bahwa "sekarang bukanlah hal kontroversial bahwa pemasaran memiliki peran penting dalam organisasi-organisasi non-bisnis."

Meskipun beberapa pihak berpendapat bahwa definisi pemasaran AMA tahun 1985 tidak sepenuhnya meliputi peran sosial pemasaran (Hunt 2002), literatur lain (misalnya, lihat Hunt, 1976) dan munculnya konsep pemasaran sosial (lihat bagian berikutnya) dengan jelas menunjukkan bahwa pandangan meluas mengenai domain pemasaran termasuk implikasi sosial dari kegiatan pemasaran. Memang, definisi tahun 2004 secara eksplisit mengakui peran sosial ini dengan berfokus pada manfaat bagi organisasi dan para *pemangku kepentingannya*, yang mencakup semua individu atau kelompok dipengaruhi oleh keputusan dan tindakan organisasi.

Pembahasan sebelumnya menunjukkan bahwa pemasaran meliputi aspek-aspek bisnis dan sosial. Kotler dan Keller (2006) membedakan antara definisi sosial pemasaran dan definisi manajerial pemasaran. Meskipun definisi manajerial dan sosial memberikan petunjuk tambahan pada domain pemasaran, keduanya juga memperkenalkan beberapa konsep tambahan yang akan dibahas nanti dalam bab ini,

yaitu kebutuhan dan keinginan. Walaupun pertukaran dianggap sebagai konsep inti dalam pemasaran, konsep-konsep lain ini juga memainkan peran utama. Definisi sosial Kotler dan Keller berbunyi: "Pemasaran adalah proses sosial oleh individu-individu dan kelompok untuk memperoleh apa yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan, penawaran, dan pertukaran secara bebas produk dan jasa yang bernilai dengan orang lain." Ada sedikit keraguan bahwa pemasaran dapat memenuhi peran sosial. Beberapa penulis telah menyebutkan bahwa pemasaran ada untuk membuat standar hidup yang lebih tinggi (Smith, 2002; Kotler dan Keller, 2006). Walaupun sebuah diskusi mendalam tentang masalah ini berada di luar lingkup dari bab, pembaca dirujuk untuk melihat artikel yang dibuat oleh Wilkie dan Moore (1999) mengenai diskusi yang menarik dan berwawasan tentang kontribusi pemasaran kepada masyarakat.

Dari perspektif manajerial, Kotler dan Keller (2006, hlm. 6) pemasaran didefinisikan sebagai "seni dan ilmu memilih target pasar dan mendapatkan, mempertahankan serta menumbuhkan pelanggan melalui penciptaan, penyediaan, dan pengomunikasian nilai pelanggan yang superior." Pemasaran memainkan fungsi manajemen permintaan dalam organisasi, memfokuskan sebagian pada metode untuk merangsang permintaan, dan juga, yang lebih penting, pada metode untuk bagaimana mengendalikan permintaan dalam rangka memenuhi tujuan organisasi. Untuk melayani kelompok pelanggan atau target pasar secara memadai, organisasi harus mengarahkan kegiatan sehingga produk yang benar dijual dalam jumlah yang tepat, di tempat yang tepat, dengan harga yang tepat, dan pada saat yang tepat. Smith (2002) menunjukkan bahwa beberapa faktor-faktor ini dianggap jauh lebih penting daripada stimulasi penjualan karena apotek adalah dalam bisnis kesehatan manusia.

■ ILMU PEMASARAN

Meskipun terdapat banyak konsep tentang bagaimana teori itu, seorang pencetus teori yang tercatat dalam pemasaran menunjukkan bahwa tujuan teori adalah untuk meningkatkan pemahaman *ilmiah* (Hunt, 2002). Argumen tersebut, ditambah dengan judul bab ini, menyiratkan bahwa setidaknya beberapa aspek pemasaran dapat sesuai dengan label ilmu pengetahuan. Untuk alasan ini, sangat bermanfaat untuk mengeksplorasi secara singkat pertanyaan mengenai apakah pemasaran merupakan suatu ilmu pengetahuan.

Seperti perdebatan tentang pemasaran yang meluas, perdebatan mengenai apakah pemasaran merupakan suatu ilmu pengetahuan memiliki sejarah yang panjang. Beberapa penulis berpendapat bahwa pemasaran adalah suatu ilmu, sementara yang lain berpendapat bahwa pemasaran adalah sebuah seni (misalnya, lihat Peter dan Olson, 1983; Hunt, 1976, 1983). Pandangan seseorang tentang ruang lingkup

pemasaran sangat penting untuk menjawab pertanyaan apakah pemasaran merupakan suatu ilmu atau bukan. Meskipun pemahaman tentang pengertian dari ilmu pengetahuan juga penting, hal itu berada di luar lingkup dari bab ini, dan pembaca dirujuk pada diskusi yang sangat baik oleh Hunt (2002). Dengan menghormati ruang lingkup pemasaran, Hunt (1976) telah mengusulkan bahwa semua konten pemasaran dapat diklasifikasikan ke dalam salah satu dari delapan kelas atau sel. Salah satu kriteria yang digunakan untuk menentukan sel-sel ini adalah apakah konten pemasaran positif atau normatif. Pemasaran positif mencoba untuk menggambarkan, menjelaskan, meramalkan, dan memahami fenomena pemasaran; fokus analisis bersifat deskriptif—apakah. Pemasaran *normatif* berusaha untuk menentukan apa yang harus dilakukan oleh sebuah organisasi, individu, atau masyarakat; fokusnya adalah preskriptif—apa yang seharusnya dilakukan.

Jika seseorang mendefinisikan cakupan pemasaran hanya sebagai upaya normatif yang dirancang untuk membantu pengambil keputusan pemasaran (misalnya, metode apa yang dapat kita gunakan untuk menjual lebih banyak produk? Berapa banyak biaya yang harus kita kenakan untuk produk atau layanan ini?), lalu pemasaran bukanlah merupakan ilmu pengetahuan. Sebaliknya, jika orang mempertimbangkan lingkup pemasaran yang diperluas sehingga mencakup dimensi positif, pemasaran dapat dianggap sebagai ilmu. Sebagai ilmu pengetahuan, apakah tujuan dilakukannya pemasaran? Konsep pertukaran sekali lagi menjadi penting karena "ilmu pemasaran adalah ilmu perilaku yang berusaha menjelaskan hubungan pertukaran" (Hunt, 1983). Pemasaran sebagai disiplin akademis telah mengalami transformasi yang signifikan selama bertahun-tahun (misalnya, lihat Wilkie dan Moore, 2003), dan peneliti di lapangan telah menjadi semakin terspesialisasi. Pembaca yang tertarik pada ilmu pemasaran dapat merujuk karya McAlister, Bolton, dan Rizley (2006), yang telah mengembangkan kompilasi artikel ilmiah dan diterbitkan dalam jurnal yang berhubungan dengan pemasaran.

Karena bab ini lebih tertarik pada penerapan prinsip-prinsip pemasaran untuk apotek, hanya sedikit lagi saja yang akan disebutkan mengenai pemasaran dari sisi keilmuan. Fokus dari sisa bab ini adalah tentang teknologi pemasaran, atau sisi penerapannya. Bagaimanapun juga, penting untuk diingat bahwa sebagaimana "praktik" kedokteran dan "praktik" kefarmasian yang sangat berakar pada basis pengetahuan ilmiah, demikian juga dengan "praktik" pemasaran. Walaupun kuantitas lengkap berupa "produk" ilmu pemasaran (yaitu, hukum, prinsip, dan teori-teori yang berfungsi untuk menyatukan, menjelaskan, dan memprediksi fenomena pemasaran) jumlahnya mungkin lebih sedikit daripada jumlah "produk" pengetahuan di bawah ilmu kedokteran dan farmasi, tidak boleh disimpulkan bahwa

pemasaran adalah kurang ilmiah. Metode ilmiah tidaklah kurang tepat untuk pemasaran dibandingkan dengan disiplin lain (Hunt, 2002).

■ ORIENTASI PERUSAHAAN TERHADAP PASAR

Selama bertahun-tahun, penulis tentang pemasaran telah berusaha untuk menjelaskan peran pemasaran dalam sebuah organisasi. Pada intinya, pertanyaan filosofis yang muncul seharusnya digunakan sebagai pemandu usaha pemasaran dalam perusahaan. Saat menentukan sebuah orientasi filosofis, orang perlu mempertimbangkan seberapa banyak harus diberikan untuk kepentingan organisasi, pelanggan, dan masyarakat. Kotler (2003) telah menggambarkan enam konsep bersaing yang digunakan organisasi sebagai panduan dalam pelaksanaan kegiatan pemasaran.

Penekanan dari *konsep produksi* adalah efisiensi dalam produksi serta distribusi barang jasa. Asumsi utama tentang konsumen adalah bahwa mereka sangat tertarik mengenai ketersediaan produk dan harga yang murah. Sebuah konsep produksi juga dapat memandu upaya pelayanan organisasi, ketika tujuannya mungkin saja untuk menangani kasus sebanyak mungkin dalam jangka waktu tertentu. Seperti yang diamati Kotler, orientasi seperti itu dapat menimbulkan komentar pelanggan mengenai sifat impersonal dari pemberian layanan. Sebuah apotek mendedikasikan layanannya untuk meracik resep sebanyak mungkin, biasanya tanpa memperhatikan ketepatan obat-obatan, dan memberikan resep dengan harga terendah yang mungkin diberikan, relatif terhadap para pesaing yang mempraktikkan konsep produksi mereka.

Konsep produk memiliki fokus pada pembuatan produk yang baik, seringkali seperti yang ditetapkan dari sudut pandang produsen, dan memperbaiki pembuatannya dari waktu ke waktu. Asumsi utama mengenai pembeli adalah bahwa mereka menghargai produk-produk yang dibuat dengan baik dan bahwa mereka dapat mengevaluasi kualitas produk. Sebuah perusahaan yang dipandu oleh konsep produk sering terfokus untuk merancang produk hebat (atau jasa) dan sering mendapat sedikit saja atau tanpa adanya masukan dari orang-orang yang akan mendapatkan manfaat dari produknya. Kotler (2003) menyatakan bahwa manajer yang mengikuti orientasi filosofis ini bisa melakukan kekeliruan "perangkap tikus yang lebih baik" (*better mousetrap*). Sebuah ungkapan yang menggambarkan bahwa orientasi konsep produk adalah, "Jika Anda membuatnya (produk), mereka (konsumen) yang akan menghampiri." Seorang farmasis yang mengembangkan sebuah program berhenti-merokok yang memiliki fokus tunggal berupa penggunaan sistem peringatan berteknologi maju bagi pasien yang menggunakan

terapi pengganti nikotin dan meyakini kalau pasien akan mendaftar di program itu dan membayar layanan tersebut dengan sedikit usaha lain dari dirinya yang dipandu oleh konsep produk.

Konsep penjualan menekankan pada tindakan yang diarahkan untuk mendorong minat konsumen melalui usaha penjualan dan promosi yang agresif. Meskipun promosi adalah bagian penting dari bauran pemasaran, dan penggunaannya dapat menjadi alat penting dalam menciptakan, menyampaikan, dan mengomunikasikan nilai kepada pelanggan, para manajer dipandu oleh konsep penjualan yang mengasumsikan bahwa konsumen harus dibujuk untuk membeli produk (atau jasa); fokusnya adalah pada penjualan habis-habisan (*hard selling*), dan hanya sedikit perhatian yang diberikan kepada kebutuhan, keinginan, dan kepuasan pasca-pembelian pelanggan. Ini merupakan sebuah pendekatan umum dan disebut sebagai alasan mengapa publik sering mengidentifikasikan pemasaran dengan penjualan dan periklanan (Kotler, 2003). Sebuah apotek yang terlibat dalam kampanye yang terlalu agresif, termasuk penggunaan iklan, diskon penjualan, dan penjualan pribadi tekanan-tinggi, merupakan apotek yang sedang mempraktikkan konsep penjualan.

Konsep pemasaran diusulkan sebagai tantangan untuk konsep-konsep yang telah dibahas sebelumnya.⁴ Alih-alih memfokuskan pada kebutuhan organisasi atau penjual, konsep pemasaran mengusulkan bahwa kebutuhan pembeli adalah hal yang terpenting. Konsep pemasaran meyakini bahwa "kunci untuk mencapai tujuan organisasi terdiri dari perusahaan yang lebih efektif dibandingkan para pesaingnya dalam menciptakan, menyampaikan, dan mengomunikasikan nilai pelanggan yang unggul kepada target pasar yang dipilih" (Kotler, 2003, hlm. 19). Smith (2002, hlm. 9) merangkum secara jelas pengertian konsep pemasaran dari perspektif industri farmasi: "Konsep pemasaran menyatakan apa yang sekarang tampak jelas tapi tidak selalu dipraktikkan: Akan lebih mudah untuk mengubah produk dan aktivitas dari individu produsen agar sesuai dengan pasar daripada meyakinkan seluruh pasar untuk menggunakan produk dan layanan sebagaimana yang disukai oleh individu pemasar."

Sebuah perusahaan yang dipandu oleh konsep pemasaran akan berhati-hati dalam memilih *target pasar* yang sesuai (misalnya, berbagai kelompok pembeli berbeda yang mungkin mendapat manfaat dari produk atau bauran jasa yang diberikan), berfokus pada kebutuhan para pelanggannya, berupaya untuk mengintegrasikan orientasi pemasaran (sebuah fokus pada kepentingan pelanggan) ke

⁴Untuk tinjauan yang baik sekali mengenai konsep pemasaran dan penerapannya, sebagaimana merujuk pada *orientasi pasar*, lihatlah Kohli dan Jaworski (1990).

dalam semua segmen perusahaan, dan melakukan semua kegiatan ini dengan maksud untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi, terutama menghasilkan laba melalui penciptaan nilai pelanggan (Kotler, 2003). Poin terakhir yang terkait profitabilitas melalui penciptaan nilai pelanggan tidaklah spesifik untuk perusahaan pencari laba. Aturan ini juga penting bagi organisasi nirlaba, yang malah mungkin berusaha untuk menghasilkan dana melalui penciptaan, penyampaian, dan pengomunikasian nilai kepada para pemangku kepentingan agar dapat melanjutkan pekerjaan mereka yang bermanfaat.

Peningkatan keanekaragaman pasar, perubahan teknologi, dan kebutuhan untuk meningkatkan produktivitas pemasaran telah menuntun beberapa ahli dan praktisi pemasaran untuk mengusulkan konsep yang kelima yang bergerak melebihi konsep pemasaran tradisional (Sheth, Sisodia, dan Sharma, 2000). Walaupun perusahaan dipandu oleh fokus konsep pemasaran pada segmen konsumen yang dikenal sebagai *target pasar*, *konsep pelanggan* menyarankan bahwa perusahaan menunjukkan penawaran, jasa, dan pesan secara terpisah untuk pelanggan individual (Kotler, 2003). Komputer, internet, basis data, dan penyesuaian pabrikaan, semuanya telah memungkinkan pendekatan seperti itu untuk pemasaran. Konsep pelanggan memiliki fokus pada kebutuhan pelanggan individual, kadang-kadang menyebabkan penyesuaian produk atau unsur-unsur lain dari bauran pemasaran. Fungsi dari perusahaan harus diintegrasikan pada hal sekitar aktivitas bernilai tambah bagi pelanggan, dan pertumbuhan yang menguntungkan dicapai melalui peningkatan loyalitas pelanggan dan dengan memfokuskan pada penciptaan nilai seumur hidup untuk pelanggan individual (Kotler, 2003; Sheth, Sisodia, dan Sharma, 2000).

Orientasi keenam, sehubungan dengan pemikiran mengenai pemasaran dan filosofi organisasi, telah diusulkan dikarenakan terjadinya perubahan di sekitar kita, seperti kerusakan lingkungan, kekurangan sumber daya, kemiskinan, dan pelayanan sosial yang terabaikan (Kotler, 2003). Orientasi yang telah dibahas sebelumnya memberi bobot yang cukup untuk kepentingan organisasi itu sendiri ataupun kepentingan pelanggan, namun perusahaan yang dipandu oleh konsep-konsep ini masih sering bertindak dengan cara-cara yang mungkin tidak sesuai dengan kepentingan masyarakat atau konsumen. Kotler (2003, hlm. 26-27) telah memberi label orientasi yang keenam ini sebagai *konsep pemasaran sosial*, yang "menyatakan bahwa tugas organisasi adalah menentukan kebutuhan, keinginan, dan kepentingan pasar target serta untuk memberikan kepuasan yang diinginkan secara lebih efektif dan efisien dibandingkan pesaing dengan cara yang melindungi atau meningkatkan kesejahteraan konsumen dan masyarakat." Dengan demikian pertimbangan sosial dan etika juga harus memandu keputusan para pemasar; keuntungan perusahaan,

kepuasan dari keinginan dan kebutuhan konsumen, serta kepentingan umum; yang seringkali bertentangan di akhir poin, harus diseimbangkan.

Mengetahui peran sentral pemasaran dalam organisasi dan banyak kekuatan yang telah membentuk praktik pemasaran dan bisnis dalam dasawarsa terakhir, Kotler dan Keller (2006) mengusulkan *konsep pemasaran holistik*. Pada dasarnya, orientasi filosofis ini menggabungkan banyak fitur dari konsep pemasaran, konsep pelanggan, dan konsep pemasaran sosial. Istilah *holistik* mengomunikasikan kepentingan dan kompleksitas kegiatan pemasaran dalam sebuah organisasi.

■ KEBUTUHAN, KEINGINAN, DAN PERMINTAAN

Konsep pemasaran dan definisi pemasaran yang dibahas sebelumnya menunjukkan bahwa pemasar harus berusaha untuk memahami kebutuhan, keinginan, dan tuntutan pasar target mereka. Singkatnya, suatu *kebutuhan* adalah suatu keadaan merasa kekurangan. Kebutuhan merupakan keperluan mendasar manusia. Orang memiliki kebutuhan fisik (misalnya, makanan, pakaian, dan tempat tinggal), kebutuhan sosial (misalnya, kebutuhan akan kasih sayang dan kebutuhan untuk dimiliki), dan kebutuhan individual (misalnya, kebutuhan untuk mengekspresikan diri). Sebuah *keinginan* adalah hasrat untuk pemuas tertentu dari kebutuhan. Dengan demikian, kebutuhan menjadi keinginan, dan keinginan ini dibentuk oleh budaya dan kepribadian individual. Sebuah kebutuhan akan pangan dapat diterjemahkan ke dalam keinginan memakan pizza; kebutuhan akan kasih sayang dapat mengakibatkan diinginkannya pelukan. Suatu *permintaan* adalah keinginan yang didukung oleh kemampuan untuk membayar. Banyak orang mungkin menginginkan liburan di sebuah resor mewah, tetapi hanya relatif sedikit yang mampu dan bersedia untuk membeli liburan seperti itu.

Satu masalah yang dihadapi oleh penyedia layanan kesehatan adalah bahwa orang sering tidak menginginkan barang atau jasa mereka. Situasi ini disebut *permintaan negatif* (Kotler dan Keller, 2006), dan produk kefarmasian sering diberi label sebagai *barang negatif* (Smith dan Kolassa, 2001). Permintaan negatif terjadi ketika bagian utama dari pasar tidak menyukai produk itu bahkan mungkin membayar harga untuk menghindarinya. Ada banyak contoh barang negatif selain produk dan jasa farmasi, termasuk layanan perbaikan mobil, jasa hukum, dan perawatan gigi. Salah satu cara untuk mengelola permintaan negatif adalah mencoba untuk memahami lebih baik motivasi orang untuk membeli sebuah produk. Misalnya, orang membeli bor bukan karena mereka ingin bor tapi karena mereka ingin lubang-lubang

(Smith, 1996). Dengan cara yang sama, kebanyakan orang tidak menggunakan obat-obatan untuk penggunaannya tetapi karena obat tersebut memberikan manfaat dengan mengurangi, menghilangkan, atau mencegah suatu penyakit atau gejala. Sebagai contoh, menggunakan obat dengan benar dapat memungkinkan seseorang untuk kembali bekerja atau melakukan kegiatan yang ia sukai.

Dari literatur ekonomi kesehatan, *kebutuhan* didefinisikan sebagai "jumlah perawatan medis yang dipercayai oleh ahli medis harus dilakukan oleh seseorang agar tetap atau menjadi sehat mungkin, berdasarkan pengetahuan medis saat ini" (Feldstein, 1999, hlm. 83). Ekonom segera menunjukkan bahwa kebutuhan hanyalah salah satu faktor yang memengaruhi permintaan untuk perawatan; permintaan untuk perawatan medis ditentukan oleh seperangkat faktor dari pasien dan penyedia, termasuk kebutuhan pasien untuk perawatan (Feldstein, 1999). Jadi, permintaan perawatan dapat *lebih besar dari* kebutuhan; juga, permintaan untuk perawatan dapat *lebih sedikit dari* kebutuhan. Beberapa mungkin berpendapat bahwa obat-obatan gaya hidup tertentu seperti Viagra merupakan contoh yang baik dari pernyataan yang pertama; layanan MTM adalah contoh yang baik dari pernyataan yang kedua.

Isu penting lainnya adalah gagasan bahwa tanggung jawab seorang pemasar terutama tentang memenuhi atau menanggapi kebutuhan yang dinyatakan seseorang. Beberapa berpendapat bahwa ini merupakan pandangan yang terlalu terbatas mengenai peran seorang pemasar (Kotler dan Keller, 2006). Sering kali, pelanggan tidak tahu apa yang mereka inginkan atau butuhkan dari suatu barang atau jasa. Pikirkan tentang banyaknya barang dan jasa yang tersedia saat ini, seperti telepon seluler, 24-jam diskon akun broker, penyedia layanan internet, dan pemutar DVD. Apakah kebanyakan konsumen menginginkan (atau membutuhkan) hal-hal ini *sebelum* mereka tersedia? Bagi para penyedia layanan kesehatan, situasi ini terlalu sering terjadi karena sebagian besar pasien tidak memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh profesional perawatan kesehatan. Dengan demikian, penyedia layanan kesehatan sering kali mengetahui kebutuhan pasien yang individu pasien itu sendiri tidak ketahui.

Sebagai contoh, asumsikan bahwa Mary Cooper ingin memasuki apotek untuk membeli St John's wort karena temannya mengatakan bahwa itu akan membantunya merasa lebih baik. Setelah berbicara sebentar dengan perempuan itu, farmasis menyadari bahwa gejalanya lebih serius daripada yang sejak awal dikomunikasikan. Berdasarkan informasi tambahan ini, farmasis merujuk dia ke sebuah penyedia perawatan kesehatan mental untuk evaluasi dan pengobatan lebih lanjut. Dalam kasus ini, pelanggan (Mary) menyatakan sebuah solusi, bukan sebuah kebutuhan. Farmasis secara tepat mengenali kebutuhan Mary dan bisa membantunya

dengan memengaruhi keinginan dan permintaannya secara tepat pula.

Tugas seorang pemasar (demikian juga dengan tugas profesional perawatan kesehatan) tidak hanya untuk memahami dan merespons kebutuhan masyarakat yang *diekspresikan*, tetapi juga untuk membantu pelanggan mempelajari lebih lanjut tentang apa yang mereka butuhkan dan inginkan. Pada intinya, pemasar juga harus memahami dan merespons kebutuhan *laten* masyarakat. Narver, Slater, dan MacLachlan (2004) menyebut pernyataan pertama sebagai orientasi pasar *responsif* dan yang terakhir sebagai orientasi pasar *proaktif*. Pemasar tidak menciptakan kebutuhan, tetapi mereka membantu konsumen untuk memahami kebutuhan laten mereka dan untuk menerjemahkan kebutuhan menjadi keinginan. Pemahaman tentang masalah ini bermanfaat dalam menjelaskan pengalaman apotek saat ini dengan layanan terpusat pada pasien.

Ada sedikit pertanyaan mengenai kebutuhan akan layanan apotek yang terpusat pada pasien terkait dengan didokumentasikan hasil negatif yang dihubungkan dengan terapi obat. McDonough dan rekan (1998a, hlm. 89) mencatat bahwa terjadi kesalahpahaman umum di antara farmasis bahwa "pasien tidak mau dan tidak akan bersedia membayar untuk asuhan kefarmasian." Meskipun hal ini mungkin benar untuk *beberapa* pasien, tentu hal ini tidak berlaku untuk *semua* pasien. Sebagian dari masalah terletak pada kenyataan bahwa banyak pasien tidak menyadari kebutuhan mereka dan solusi yang mungkin dilakukan (yaitu, kebutuhan mereka bersifat laten). McDonough (2003, hlm. 275) berpendapat bahwa "alasan utama mengapa pasien tidak menuntut asuhan kefarmasian adalah karena mereka tidak memahami konsepnya." Pasien harus melihat nilai layanan tersebut. Bergantung pada profesi untuk membantu menerjemahkan kebutuhan laten itu menjadi keinginan dan permintaan.

■ KONSEP INTI PEMASARAN

Inti pemasaran adalah konsep *pertukaran*. Memang, Kotler dan Keller (2006) menyebut pertukaran sebagai "konsep inti pemasaran." Ini adalah konsep pemersatu dalam pemasaran bukan hanya praktik pemasaran, tetapi juga bagi ilmu pemasaran. *Pertukaran* adalah proses mendapatkan produk yang diinginkan dari seseorang dengan menawarkan sesuatu sebagai balasannya. Ini adalah salah satu dari empat cara untuk mendapatkan suatu produk, yang lainnya adalah produksi sendiri, paksaan (atau memaksa dengan kekuatan), dan meminta (Kotler dan Keller, 2006). *Pertukaran* adalah proses; ketika dua pihak mencapai kesepakatan, transaksi terjadi. *Transaksi* adalah perdagangan nilai antara dua pihak atau lebih. Meskipun barang bernilai sering berupa uang dan benda yang berwujud, ini tidak selalu harus demikian.

Barang bernilai bisa berupa apa saja selama mereka memiliki nilai bagi salah satu pihak. Jadi layanan, ide, pengalaman, peristiwa, tempat, bahan, organisasi, usaha, dan informasi semua dapat menjadi barang bernilai dalam suatu transaksi (Kotler dan Keller, 2006).

Dalam proses *transfer*, satu pihak memberikan barang bernilai kepada pihak lain, tetapi tidak menerima imbalan yang nyata. Memberi sebagai kontribusi amal adalah contoh dari transfer. Sekilas, transfer terlihat berbeda secara mendasar dari transaksi. Bagaimanapun dalam banyak kasus, pihak pemberi sering mengharapkan sesuatu sebagai imbalan, seperti rasa terima kasih, perubahan pada penerima, perasaan positif, atau bahkan pengurangan pajak. Bila diamati dalam pandangan ini, transfer, seperti halnya transaksi, dapat dipahami melalui konsep inti pertukaran. Memang, pemasar telah memasukkan perilaku transfer dalam domain studi (misalnya, lihat Mathur, 1996)

■ BAURAN PEMASARAN (MARKETING MIX)

Seiring dengan konsep pertukaran, definisi pemasaran AMA tahun 1985 secara eksplisit menyebutkan beberapa konsep yang telah muncul untuk diberi label sebagai *bauran pemasaran*. Sebuah bauran pemasaran adalah seperangkat alat yang digunakan sebuah organisasi untuk mencapai tujuannya sehubungan dengan target pasar. Walaupun telah menerima kritikan (misalnya, Day dan Montgomery, 1999) serta telah diajukannya kerangka dan klasifikasi lainnya (misalnya, Van Air schoot dan Van den Bulte, 1992), skema McCarthy (1960) tersebut telah terbukti bertahan sepanjang waktu. Dia mengusulkan bahwa alat-alat dari bauran pemasaran dapat diklasifikasikan ke dalam empat kelompok besar: produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*), dan promosi (*promotion*). Konsep ini muncul dan disebut empat P pemasaran. Walaupun respons pelanggan mungkin dipengaruhi oleh banyak variabel yang berada di luar kendali langsung sebuah perusahaan, keempat variabel P mewakili perusahaan dalam kontrol yang dapat memengaruhi respon pelanggan.

Bergantung pada sumber literatur yang dibaca, P lain telah ditambahkan ke bauran pemasaran. Mungkin yang paling terutama, pemosisian (*positioning*) sering dimasukkan sebagai P kelima. Bagian berikut ini memberikan pengenalan singkat variabel dalam bauran pemasaran. Bab 21 akan memberikan rincian lebih lanjut terkait mengenai keputusan bauran pemasaran.

Produk

Produk mengacu pada penawaran organisasi. Hal ini tidak terbatas pada barang yang berwujud, tetapi seperti yang dijelaskan sebelumnya, dapat berupa barang bernilai apa pun

atau kombinasi dari semuanya. Jadi, untuk pemasar, istilah *produk* memiliki makna yang sangat luas. Dalam pemberian asuhan kefarmasian, produk yang paling sering diberikan adalah layanan. Bagian selanjutnya akan membahas beberapa perbedaan mendasar antara barang fisik dan jasa serta akan dibahas sedikit tentang beberapa pertimbangan khusus yang diperlukan untuk pemasaran jasa

Masalah dapat muncul ketika organisasi mempersempit definisi produk mereka (atau bisnis). Theodore Levitt (1960) memberi label ini sebagai *miopia pemasaran*. Miopia pemasaran seringkali merupakan hasil dari penerapan konsep produk sebagai panduan filosofis untuk kegiatan pemasaran. Hal ini biasa terjadi ketika suatu perusahaan mendefinisikan usahanya dengan produk bukan dengan pemenuhan sesuatu yang menjadi kebutuhan pelanggan lewat kegiatan-kegiatan-nya. Contoh umum termasuk kereta api dan industri film. Industri-industri ini hampir menghilang karena mereka menganggap bahwa mereka berada di bisnis kereta api dan bisnis film, tiap-tiap, bukan bisnis transportasi dan bisnis hiburan. Ketika bisnis lainnya muncul (misalnya, maskapai penerbangan dan industri mobil serta televisi dan *theme park industry*), orang-orang dalam bisnis film dan kereta api menghadapi pertarungan untuk mendapatkan uang konsumen dalam kompetisi yang terjadi karena sumber-sumber yang tidak terduga. Farmasi dan apotek juga perlu menentukan mengapa orang menggunakan produk dan layanan mereka. Bila hanya mengatakan bahwa mereka berada dalam bisnis peracikan obat yang diresepkan dokter, alasan itu terlalu miopis.

Masalah lain yang berkaitan dengan miopia pemasaran terjadi ketika sebuah produk tunggal menjadi alasan keberadaan organisasi. Produk dari suatu organisasi adalah penawaran yang memberikan konsumen serangkaian manfaat yang dapat digunakan untuk memuaskan kebutuhan mereka. Banyak produk yang berbeda (sering tampaknya merupakan produk yang berlainan) dapat mampu memenuhi kebutuhan pelanggan. Jika sebuah perusahaan menjadi terlalu sibuk dengan produknya, perusahaan itu mungkin akan kehilangan kesempatan untuk memenuhi kebutuhan pasar. Layanan MTM yang dilakukan farmasi adalah jenis produk yang memiliki potensi untuk menjadi korban gagal bila menghadapi masalah seperti itu. Meskipun layanan MTM berharga bagi pasien, untuk profesi, dan untuk masyarakat, ini tidak berarti bahwa layanan tersebut harus dan akan menjadi sukses. Hanya karena farmasi memiliki syarat pengetahuan klinis dan keterampilan untuk menyediakan layanan, ini saja tidak cukup. Farmasi harus memahami bahwa layanan ini merupakan penawaran dengan serangkaian manfaat yang membantu untuk memenuhi kebutuhan pelanggan dan masyarakat. Farmasi (dan profesi itu) harus mampu membuat, menyampaikan, dan mengomunikasikan nilai dari apa yang mereka lakukan. Ingatlah bahwa pihak

lain (misalnya, dokter, perawat, dan informasi dari internet) juga dapat memberikan manfaat sama yang farmasis akui lewat layanan MTM. Apa yang tampak seperti poin yang relatif sederhana adalah kunci untuk penerimaan meluas dari layanan MTM yang dilakukan oleh farmasis.

Harga

Produsen harus menetapkan harga setelah mempertimbangkan beberapa variabel, termasuk fungsi biaya (yaitu, biaya produksi, distribusi, dan penjualan produk, termasuk pengembalian yang wajar untuk usaha dan risiko), harga pesaing, dan permintaan untuk produk (termasuk persepsi target pasar tentang manfaatnya) (Kotler dan Keller, 2006). Bagi konsumen, *harga* adalah apa yang diberikan atau dikorbankan untuk mendapatkan suatu produk (Zeithaml, 1988). Beberapa peneliti telah membedakan antara harga yang *obyektif* (harga aktual suatu produk) dan harga yang *dirasakan* (apa yang dikodekan oleh konsumen, misalnya, "mahal" atau "murah") (Zeithaml, 1988). Juga penting untuk mengenali bahwa dari sudut pandang konsumen, harga moneter yang dikenakan oleh seorang produsen bukanlah satu-satunya biaya yang terkait dengan pembelian produk (Lovelock dan Wright, 2002; Zeithaml, 1988). Pengeluaran nonmoneter termasuk biaya yang terkait dengan waktu, usaha, dan ketidaknyamanan yang berhubungan dengan proses pencarian, pembelian, dan penggunaan produk. Sebagai contoh, jika seorang konsumen harus menempuh jarak yang jauh untuk membeli sebuah produk, pengorbanan yang telah dibuat akan menambahkan kepada hal apa saja yang telah diberikan oleh konsumen untuk mendapatkan produk tersebut.

Walaupun keputusan harga produk obat dan barang-barang lain bisa sulit untuk farmasis, harga pelayanan perawatan pasien semakin menjadi pertimbangan tambahan. Barangkali isu yang paling penting dan perlu diatasi oleh profesi dan praktisi adalah keengganan farmasis untuk meminta kompensasi atas layanan yang mereka berikan (McDonough dan Sobotka, 2003). Beberapa farmasis merasa bahwa mereka harus memberikan pelayanan mereka sedari awal untuk menciptakan permintaan bagi pelayanan itu di masa depan. Bagaimanapun, umumnya konsumen enggan untuk mulai membayar sesuatu yang dulunya mereka dapat peroleh dengan gratis. Kebanyakan konsumen bersedia membayar pengacara untuk nasihat hukum dan layanan montir mobil terutama karena (1) mereka memiliki keahlian yang tidak dimiliki kebanyakan konsumen dan (2) mereka memiliki budaya penagihan untuk layanan terpisah dari tagihan untuk barang-barang yang bisa juga mereka jual. Walaupun farmasis memiliki keahlian dalam terapi obat yang tidak bisa dilakukan oleh sebagian besar konsumen, mereka kesulitan untuk mendapat pembayaran atas jasa profesional

mereka. Hal ini mungkin karena farmasis, tidak seperti pengacara, montir mobil, dan banyak layanan profesional lain, farmasis tidak memiliki riwayat penagihan untuk layanan yang terpisah dari barang-barang mereka. Ketika konsumen mendapatkan resep obat dari apotek, mereka disediakan satu harga yang belum dipecah menjadi komponen "barang" dan "layanan." Hal ini menyebabkan konsumen untuk berasumsi bahwa baik (1) tidak ada jasa yang menyertai produk obat resep, ataupun (2) layanan yang menyertai produk-produk ini termasuk dengan harga obatnya.

Tempat

Tempat, atau *distribusi*, mengacu pada setiap kegiatan yang dirancang untuk menciptakan fasilitas agar memiliki produk yang tersedia kapan pun dan di mana pun target pelanggan ingin membelinya. Banyak perusahaan yang dianggap berhasil karena kemampuan mereka untuk memberikan nilai dalam distribusi produk dan jasa. Memang, perusahaan-perusahaan seperti FedEx telah membuat kontribusi yang signifikan bagi keberhasilan banyak perusahaan lain yang mengandalkan pengiriman barang yang cepat, efisien, dan terjangkau (Siecker, 2002). Dalam dunia pengantaran semalam (*overnight delivery*), telekomunikasi, dan internet saat ini, kecepatan dan kemudahan adalah elemen penting dalam menentukan strategi distribusi banyak perusahaan (Lovelock dan Wright, 2002). Untuk apotek, *tempat* dapat merujuk untuk penyediaan area pribadi untuk konseling dan memberikan layanan profesional lainnya (McDonough, Sobotka, dan Doucette, 2003) atau mengevaluasi apakah memberikan layanan di lokasi kerja suatu kelompok perusahaan memungkinkan untuk dilakukan.

Promosi

Kegiatan *promosi* berusaha untuk menginformasikan, mengingatkan, dan membujuk target pasar tentang organisasi dan penawarannya. Kegiatan promosi juga mendorong anggota target pasar untuk mengambil tindakan pada waktu tertentu. Walaupun iklan mungkin merupakan alat promosi yang penting, alat-alat lain dalam bauran promosi adalah promosi penjualan, hubungan masyarakat (termasuk publisitas), pemasaran langsung, dan penjualan personal.

Banyak apotek telah berhasil menggunakan peralatan ini untuk menyebarkan berita tentang barang serta jasa yang baru dan yang ada. Surat kabar, radio, dan iklan televisi adalah yang umumnya digunakan oleh apotek. Apotek juga menggunakan alat-alat promosi seperti daftar buku telepon, kupon, selebaran berita, brosur, surat untuk dokter dan pasien, pemeriksaan kesehatan, dan presentasi untuk kelompok-kelompok sipil. Beberapa apotek telah bekerjasama dengan media untuk menginformasikan kepada

publik tentang partisipasi mereka dalam kegiatan kesehatan masyarakat seperti Great American Smokeout atau bulan Talk About Prescriptions.

Sehubungan dengan layanan MTM, promosi memainkan peranan penting dalam penerjemahan kebutuhan ke dalam keinginan dan permintaan. Bergantung pada situasi individual, semua elemen dari bauran promosi mungkin memiliki peran dalam mengomunikasikan nilai suatu asuhan kefarmasian, dan farmasis harus mengevaluasi semua implementasi dan penggunaan mereka. McDonough dan Doucette (2003) memberikan pembahasan yang sangat baik tentang penggunaan penjualan personal, sebuah praktik yang dapat menjadi sangat efektif, tetapi sering kali tidak dianggap oleh farmasis karena berbagai alasan, termasuk karena ketidaknyamanan farmasis dengan peran ini.

Pemosisian

Pemosisian adalah "tindakan merancang penawaran perusahaan dan gambarnya untuk menempati tempat khusus dalam pikiran target pasar." (Kotler dan Keller, 2006, hlm. 310). Pemosisian adalah tentang apa yang seorang pemasar dapat lakukan terhadap pikiran dari target konsumen; bukan tentang apa yang pemasar lakukan untuk atribut produk *per se*. Sebagai contoh, penentuan posisi inti Volvo adalah keselamatan dan ketahanan; ini adalah apa yang perusahaan harapkan mengenai yang target pasar akan pikirkan ketika mereka memikirkan sebuah mobil Volvo. Karena target pasar bagi banyak apotek tidak mengerti tentang layanan MTM, farmasis mempunyai kesempatan baik untuk memosisikan layanan ini di benak konsumen. Apotek ini dapat memosisikan diri sebagai inovator, ahli obat-obatan, praktisi yang peduli, atau mitra dalam memenuhi kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan (McDonough, Sobotka, dan Doucette, 2003; McDonough et al., 1998b).

■ MEMERIKSA KEMBALI P PERTAMA: PRODUK (PRODUCT)

Bagi seorang pemasar, istilah *produk* berarti lebih dari sekadar barang yang berwujud. Dalam apotek, barang-barang fisik (misalnya, obat-obatan dan peralatan medis yang tahan lama) biasanya dikombinasikan dengan layanan. Memang, Shepherd (1995, hlm. 53) mengamati bahwa "produk kefarmasian memerlukan komponen pelayanan." Bagaimanapun juga, dalam apotek, bukanlah hal yang tidak biasa ketika layanan yang akan diberikan tanpa adanya barang fisik. Kotler dan Keller (2006) menggambarkan lima kategori penawaran yang dibedakan berdasarkan pada seberapa banyak komponen layanan menjadi bagian dari penawaran:

- *Barang berwujud murni*. Penawaran terutama terdiri dari barang fisik, seperti pasta gigi, kertas toilet, atau serbet.
- *Barang berwujud dengan layanan yang menyertainya*. Penawaran terdiri dari barang yang berwujud disertai oleh satu atau lebih jasa; semakin meningkat kerumitan penggunaannya suatu barang, makin bergantung pada penjualannya dengan layanan.
- *Hibrida*. Penawaran yang terdiri dari bagian yang sama dari barang dan jasa, seperti pembelian makanan di sebuah restoran (terdiri dari makanan dan pelayanan).
- *Layanan utama disertai sedikit barang dan jasa lainnya*. Penawaran terdiri dari jasa utama disertai dengan jasa-jasa lainnya dan barang-barang pendukung, seperti pembelian transportasi pesawat (layanan utama disertai dengan sesuatu yang berwujud seperti makanan dan minuman).
- *Layanan murni*. Penawaran terutama terdiri dari layanan, seperti menghadiri sebuah penampilan orkestra atau psikoterapi.

Christensen, Fassett, dan Andrews (1993) membedakan antara tiga jenis layanan perawatan yang terkait dengan asuhan kefarmasian. Meskipun terdapat beberapa perbedaan, skema klasifikasi mereka dalam banyak hal mirip kategori Kotler dan Keller (2006), yang berlaku untuk semua barang dan jasa, bukan hanya yang berhubungan dengan farmasi.

- *Layanan peracikan*. Ini adalah layanan yang terkait dengan peracikan resep yang wajib di bawah peraturan dewan kefarmasian. Layanan tersebut meliputi pengisian pesanan resep secara akurat, mengklarifikasi pesan, tidak meracik pesanan yang jelas mengandung kesalahan yang akan bisa diidentifikasi oleh seorang farmasis yang "logis dan bijaksana," dan mengomunikasikan instruksi penggunaan obat sebagaimana yang disyaratkan oleh undang-undang dan peraturan negara.
- *Layanan kefarmasian bernilai tambah (value-added pharmaceutical service, VAPS) yang terkait peracikan*. Ini adalah layanan yang melampaui kegiatan peracikan rutin yang diharuskan oleh hukum. Layanan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan seperti melakukan tinjauan regimen obat untuk pasien yang menerima obat, memilih produk obat yang tepat, pemantauan perilaku pengisian ulang obat, dan konsultasi dengan penyedia layanan kesehatan lainnya tentang regimen obat pasien (di luar pertanyaan klarifikasi rutin).
- *Layanan farmasi bernilai tambah (value-added pharmaceutical service, VAPS) yang terkait nonperacikan*. Ini adalah layanan yang tidak berhubungan dengan peracikan resep dan yang tidak dipersyaratkan oleh hukum tidak

juga melekat pada biaya yang dikenakan untuk resep. Layanan tersebut meliputi program pemeriksaan (misalnya, osteoporosis, lipid, dan tekanan darah), program manajemen berat badan, pelayanan pelatihan yang diberikan kepada penyedia layanan kesehatan, dan pelaksanaan konseling dalam tataran rawat inap.

Pembahasan sebelumnya dapat menggiring kita untuk bertanya: Apa perbedaan antara barang fisik dengan layanan? Beberapa penulis telah berusaha untuk mendefinisikan karakteristik yang membedakan barang-barang dari jasa. Walaupun terdapat beberapa perdebatan mengenai apa karakteristik terbaik yang menggambarkan perbedaan mendasarnya, penting untuk mengetahui bahwa daftar mana pun yang merepresentasikan keumuman mungkin tidak dapat diterapkan pada semua layanan (Lovelock dan Wright, 2002). Daftar berikut berisi sembilan perbedaan dasar yang dapat membantu untuk membedakan layanan dari barang-barang fisik (Lovelock dan Wright, 2002)⁸:

- Pelanggan tidak memperoleh kepemilikan layanan.
- Layanan produk merupakan kinerja tak berwujud.
- Terdapat keterlibatan pelanggan yang lebih besar dalam proses produksi.
- Orang mungkin membentuk bagian dari produk itu, termasuk patron lainnya.
- Terdapat variabilitas yang lebih besar dalam masukan dan luaran operasional sehingga lebih sulit untuk dibakukan dan dikontrol.
- Banyak pelayanan yang sulit dievaluasi oleh pelanggan.
- Biasa terjadi kekosongan persediaan.
- Faktor waktu relatif lebih penting.
- Sistem penghantaran/pemberiannya mungkin melibatkan saluran elektronik dan fisik.

Tiap-tiap dari perbedaan ini dapat memengaruhi desain sebuah program pemasaran. Sebagai contoh, pertimbangan utama dalam pemberian layanan adalah menyesuaikan tingkat permintaan dengan kapasitas. Hal ini terjadi karena layanan tidak tahan lama dan tidak dapat diinventarisasi. Salah satu mekanisme yang dapat digunakan untuk lebih menyesuaikan persediaan dengan permintaan adalah penggunaan pemesanan (misalnya, hotel dan industri penerbangan) dan perjanjian (misalnya, dokter dan penyedia perawatan kesehatan lainnya). Sebagai contoh lain, karena variabilitas yang lebih besar melekat dalam produksi layanan, organisasi jasa perlu memberi perhatian khusus pada standarisasi proses kinerja-

layanan atau risiko merusak kualitas layanan yang disediakan. Salah satu mekanisme yang dapat digunakan adalah cetak biru layanan (lihat bab 21). Dalam perawatan kesehatan, protokol dan pedoman praktik biasanya digunakan untuk membakukan asuhan untuk meningkatkan kualitas.

Perbedaan antara layanan dan barang-barang fisik berkontribusi terhadap sifat khas kinerja pelayanan. Sifat khas ini telah membuat beberapa penulis mengusulkan bahwa empat P bauran pemasaran yang tradisional tidak cukup menjadi seperangkat alat pemasaran untuk bisnis jasa (booming dan Bitner, 1981; Kotler, 2002; Lovelock dan Wright, 2002).⁹ Elemen tambahan harus dimasukkan ke dalam bauran pemasaran, dan pandangan kita mengenai alat-alat yang membentuk komponen tradisional sebelumnya harus dimodifikasi karena adanya perbedaan mendasar antara barang dengan jasa. Bagian pada karya booming dan Bitner (1981), Lovelock dan Wright (2002)¹⁰ telah mengusulkan "delapan P" manajemen pelayanan terpadu: (1) *product element* (elemen produk), (2) *place, cyberspace, and time* (tempat, dunia maya, dan waktu), (3) *promotion and education* (promosi dan edukasi), (4) *price and other user outlay* (harga dan pembiayaan dari pengguna lainnya), (5) *process* (proses), (6) *productivity and quality* (produktivitas dan kualitas), (7) *people* (personel), dan (8) *physical evidence* (bukti fisik). Perhatikan bahwa empat pertama berhubungan erat dengan tradisional empat P dari bauran pemasaran, dengan beberapa modifikasi yang disebabkan oleh sifat khas jasa, perubahan lingkungan, dan pengakuan pencerahan lainnya oleh pemasar. Empat variabel yang terakhir pantas untuk didiskusikan lebih lanjut.

Proses

Penciptaan dan penyampaian elemen produk membutuhkan perhatian khusus untuk rancangan, penerapan, dan evaluasi proses. Sebuah *proses* adalah metode dan urutan ketika layanan dibuat, dihasilkan, dan diberikan. Cetak biru layanan (lihat bab 21) dapat berguna dalam memahami dan merancang proses. Untuk apotek, fokusnya mungkin berada di seluruh proses peracikan resep dimulai dengan datangnya resep dari

⁸ Untuk tinjauan alternatif mengenai arti dan pentingnya perbedaan ini, lihat Vargo dan Lusch (2004a)

⁹ Pemasaran jasa, digabungkan dengan sumber literatur pemasaran lainnya, seperti pemasaran hubungan, manajemen sumber daya, dan orientasi pasar, telah mengarahkan beberapa ahli (misalnya, lihat Vargo dan Lusch, 2004b) berpendapat bahwa pemasaran, sebagai disiplin ilmu akademis dan sebagai praktik bisnis, seiring waktu telah beralih dari pandangan yang didominasi oleh barang, kebanyakan berdasarkan transaksi diskret, menjadi pandangan yang didominasi layanan, dan layanan memainkan peranan penting. Salah satunya berpendapat bahwa apotek mengalami evolusi yang serupa.

pasien (atau sebuah pesanan via telepon dari seorang perawat atau dokter) sampai verifikasi pemahaman pasien mengenai obat-obatan itu (Holdford dan Kennedy, 1999). Sebagai alternatif, apotek dapat berfokus pada komponen tertentu dari proses, seperti langkah-langkah apa yang akan diambil jika kita mempelajari sepanjang sejarah pasien bahwa dia menghisap rokok.

Proses yang didesain dengan buruk dapat mengakibatkan pelayanan tidak efektif, menyebabkan frustrasi dan ketidakpuasan pelanggan, serta frustrasi dan ketidakpuasan karyawan. Sebagai contoh, antrian panjang di tempat pemeriksaan dalam lingkungan ritel yang disebabkan oleh sistem yang dirancang buruk, gagal mengantisipasi aliran pelanggan sehingga menyusahakan bagi pelanggan dan juga beberapa karyawan yang menangani pendaftaran.

Produktivitas dan Kualitas

Produktivitas berfokus pada efisiensi dalam transformasi masukan pelayanan menjadi luaran, sedangkan *kualitas*, dalam aplikasi ini, mengacu pada tingkat layanan yang memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan pelanggan. Perusahaan layanan harus berusaha untuk menyeimbangkan elemen-elemen tersebut. Memperbaiki produktivitas dapat membantu mempertahankan harga agar tetap rendah, tetapi pemotongan tingkat layanan dengan kurang baik dapat memengaruhi persepsi kualitas. Serupa dengan itu, walaupun kualitas layanan mungkin penting untuk membangun kesetiaan pelanggan, berinvestasi dalam perbaikan kualitas tanpa memahami dampak penambahan biaya dan pendapatan dapat memiliki konsekuensi negatif terhadap profitabilitas. Dari perspektif apotek *managed-care*, upaya untuk meningkatkan efisiensi dengan membatasi penggunaan obat tertentu dapat mengakibatkan penurunan persepsi kualitas yang signifikan tidak hanya oleh pasien, tetapi juga oleh penyedia jaringan.

Personel

Personel menyediakan sebagian besar layanan; sehingga pemilihan, pelatihan, dan memotivasi karyawan merupakan tugas penting bagi perusahaan jasa. Interaksi dengan karyawan dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap persepsi kualitas layanan. Manajer apotek perlu memberikan perhatian khusus kepada semua anggota staf apotek, bukan hanya farmasis dan teknisi. Kasir, staf pemeliharaan, relawan, mahasiswa, dan siapa saja yang memiliki kontak dengan pelanggan membutuhkan pelatihan yang memadai. Selain itu, patron lainnya dapat menjadi bagian dari pengalaman layanan, dan seringkali perusahaan perlu untuk memasukkan orang-orang ini ke dalam pertimbangan. Sebagai contoh, perilaku patron lainnya di sebuah taman hiburan mungkin

memiliki efek dramatis pada kualitas pengalaman seseorang dan tingkat kepuasan seseorang.

Bukti Fisik

Penampilan lingkungan fisik tempat jasa diberikan (termasuk bangunan, lanskap, karyawan, dan perabot), tanda, materi cetak, serta isyarat lain yang terlihat dan berwujud dapat memberikan bukti kepada para pelanggan mengenai kualitas pelayanan dari sebuah organisasi. Manajer apotek harus mengajukan pertanyaan-pertanyaan seperti: Apakah kita memiliki tempat parkir yang memadai? Apakah penampilan apotek rapi, dan apakah hal itu termasuk citra profesional? Apakah desain tanda (*signage*) kita konsisten? Apakah peralatan kita mutakhir?

■ HARAPAN, KEPUASAN, KUALITAS, NILAI, DAN KESETIAAN

Beberapa istilah telah digunakan berulang kali di bagian terdahulu dari bab ini. Walaupun pertukaran dianggap sebagai konsep inti dalam pemasaran, konsep-konsep lainnya ini (yaitu, harapan, kepuasan, kualitas, nilai, dan loyalitas) juga memainkan peran penting dalam memahami apa yang dimaksud dengan pemasaran.

Harapan

Penting untuk memahami kepuasan pelanggan dan kualitas layanan yang dirasakan adalah sebuah pemahaman yang jelas tentang harapan. *Harapan* adalah standar internal yang digunakan oleh pelanggan ketika mengevaluasi sebuah produk atau jasa. Meskipun mereka mungkin pada awalnya memengaruhi suatu keputusan membeli atau tidak membeli produk dan dari siapa membelinya, mereka juga memainkan peran penting dalam penilaian kualitas pelayanan dan kepuasan konsumen. Model konseptual menunjukkan bahwa harapan terdiri dari beberapa elemen yang berbeda: tingkat layanan yang diinginkan, tingkat pelayanan yang memadai, tingkat pelayanan yang diprediksi, dan zona toleransi (Zeithaml, Berry, dan Parasuraman, 1993; lihat juga Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1994a).

Tingkat layanan yang diinginkan didefinisikan sebagai apa yang di harapkan pelanggan untuk diperoleh serta mencerminkan kombinasi dari apa yang pelanggan percaya bisa dan harus diberikan. Ketika pelanggan menyadari bahwa mereka tidak selalu bisa mendapatkan apa yang mereka inginkan, mereka berpegang pada hal yang lain, tingkat harapan lebih rendah yang mencerminkan tingkat pelayanan minimum yang bersedia mereka terima, ini disebut *tingkat pelayanan yang memadai*. *Zona toleransi* mewakili perbedaan

antara tingkat yang memadai dengan tingkat yang diinginkan serta mengakui bahwa pelanggan bersedia menerima beberapa variasi dalam pemberian layanan. Rentang yang mereka bersedia terima disebut zona toleransi, menyatakan bahwa harapan bukanlah merupakan tingkat tunggal, tetapi jauh lebih baik jika ditandai oleh adanya rentang tingkat antara level yang dikehendaki dengan tingkat pelayanan yang memadai. Jika kinerja berada di luar rentang dan di bawah tingkat yang memadai, pelanggan mungkin akan kecewa dan tidak puas. Jika kinerja melebihi tingkat yang diinginkan, hal itu mungkin akan mengejutkan dan memuaskan pelanggan sehingga menyebabkan pelanggan merasa senang (and Wright Lovelock, 2002). Terakhir, ada *tingkat layanan yang diprediksi*, mencerminkan tingkat pelayanan yang pelanggan percayai paling mungkin mereka dapatkan. Tingkat layanan yang diprediksi ini secara langsung memengaruhi bagaimana tingkat pelayanan yang memadai ditetapkan untuk kondisi itu.

Tingkat pelayanan yang diinginkan dapat dinaikkan atau diturunkan berdasarkan kebutuhan pribadi dan keyakinan kuat tentang apa yang mungkin. Tingkat pelayanan yang memadai dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk persepsi layanan alternatif dan faktor situasional (misalnya, keadaan darurat dan bencana). Janji eksplisit dan implisit yang dibuat oleh penyedia layanan, pengalaman masa lalu, serta komunikasi dari mulut ke mulut diusulkan untuk memengaruhi tingkat pelayanan yang diinginkan secara langsung dan memengaruhi tingkat pelayanan yang memadai secara tidak langsung melalui tingkat layanan yang diprediksi (Zeithaml, Berry, dan Parasuraman, 1993).

Pemasar dapat memiliki peran penting dalam memengaruhi harapan konsumen. Menetapkan harapan yang terlalu tinggi dalam benak konsumen dapat membuat masalah yang signifikan, seperti kemungkinan menyebabkan frustrasi, kekecewaan, dan ketidakpuasan pelanggan. Di sisi lain, menetapkan harapan terlalu rendah akan menyebabkan kesulitan dalam menarik pelanggan baru. Memang, masalah penting yang dihadapi profesi farmasi adalah bahwa banyak pasien tidak mengharapkan untuk menerima layanan MTM. Dalam merencanakan upaya komunikasi pemasaran dan bauran promosi mereka, organisasi (termasuk apotek) harus berusaha untuk menyeimbangkan dengan harapan pelanggan.

Kepuasan dan Kualitas

Beberapa penulis menggunakan istilah *kualitas* dan *kepuasan* secara bergantian. Namun, terdapat beberapa perbedaan yang mencolok. Meskipun terdapat berbagai konseptualisasi mengenai kepuasan (Schommer dan Kucukarslan, 1997),

dalam pemasaran, pendekatan yang paling umum didasarkan pada konfirmasi/diskonfirmasi model harapan.[#] Dengan demikian, Kotler dan Keller (2006, hlm. 144) mendefinisikan *kepuasan* sebagai “perasaan seseorang tentang kesenangan atau kekecewaan yang dihasilkan karena membandingkan kinerja (atau hasil) produk yang dirasakan dalam kaitannya dengan harapannya.” Jadi, kalau kinerja lebih buruk daripada yang diharapkan (diskonfirmasi negatif), pelanggan akan merasa tidak puas. Jika kinerja sesuai dengan harapan (konfirmasi), akan menghasilkan kepuasan. Jika kinerja melebihi harapan (diskonfirmasi positif), pelanggan akan sangat puas dan mungkin sangat senang.^{**} Terdapat perbedaan besar antara pelanggan yang puas dengan pelanggan yang benar-benar puas (misalnya, lihat Lovelock dan Wright, 2002). Sebagai contoh, pelanggan yang sangat puas atau benar-benar puas akan jauh lebih mungkin untuk tetap setia kepada sebuah bisnis dan menyebarkan kata-kata positif tentang perusahaan.

Seperti halnya kepuasan, ada sejarah yang kaya mengenai konsep kualitas. Sebuah definisi yang luas mengenai *kualitas* adalah superioritas atau keunggulan. Peneliti mencatat perbedaan antara *kualitas objektif* (yaitu, keunggulan yang dapat diukur dan dapat diverifikasi pada beberapa standar ideal yang telah ditentukan) dan *kualitas yang dirasakan* (Zeithaml, 1988). Kualitas yang dirasakan adalah penilaian global yang dibuat oleh konsumen yang diusulkan terdapat pada tingkat yang lebih tinggi dari abstraksi persepsi konsumen mengenai atribut khusus produk (Zeithaml, 1988). *Kualitas layanan* didefinisikan sebagai “evaluasi kognitif jangka panjang oleh pelanggan mengenai pelayanan sebuah perusahaan” (Lovelock dan Wright, 2002, hlm. 87) dan hasil dari perbandingan antara harapan dengan persepsi kinerja pelayanan (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988). Karena kualitas layanan lebih mewakili kesan global daripada evaluasi penyelenggaraan spesifik, konsumen didahulukan untuk memperbarui persepsi mereka mengenai kualitas pelayanan berdasarkan interaksi mereka dengan penyedia layanan.

Kualitas layanan telah dikonseptualisasikan agar berisi berbagai dimensi (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985). Salah satu ukuran kualitas pelayanan adalah skala SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988), yang mengidentifikasi lima dimensi seperti:

- *Nyata*—penampilan fasilitas fisik perusahaan, peralatan, personil, dan materi komunikasi

[#] Untuk pandangan menarik dan alternatif tentang konsep kepuasan, lihat Fournier dan Mick (1999)

^{**} Untuk diskusi yang provokatif mengenai kesenangan pelanggan, lihat Oliver, Rust, dan Varki (1997) serta Rust dan Oliver (2000).

- *Reliabilitas*—kemampuan perusahaan untuk melaksanakan layanan yang dijanjikan dengan cara yang dapat diandalkan dan akurat
- *Responsivitas*—kesediaan perusahaan untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan yang cepat
- *Jaminan*—pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menyampaikan kepercayaan dan keyakinan
- *Empati*—peduli, perhatian individual yang diberikan perusahaan kepada para pelanggan

Perbedaan bermanfaat lain yang dibuat oleh peneliti kualitas layanan adalah antara kualitas teknis dan kualitas fungsional. *Kualitas teknis* mengacu pada persepsi pelanggan tentang apa yang diterima dari suatu layanan (misalnya, Apakah luaran dari pelayanan berhasil?), dan *kualitas fungsional* mengacu pada persepsi pelanggan tentang bagaimana pelayanan dilakukan (misalnya, Apakah penyedia layanan menunjukkan kepedulian dan dapat dipercaya?) (Kotler, 2003). Persepsi tentang kualitas teknis ataupun fungsional merupakan penentu yang penting dari kualitas layanan, menunjukkan bahwa penyedia layanan harus fokus untuk menjadi perusahaan “*high touch*” dan juga “*high tech*.” Di apotek, terdapat beberapa bukti bahwa kualitas fungsional memiliki dampak yang lebih besar pada persepsi konsumen mengenai kualitas pelayanan dibandingkan kualitas teknis (Holdford dan Schulz, 1999).

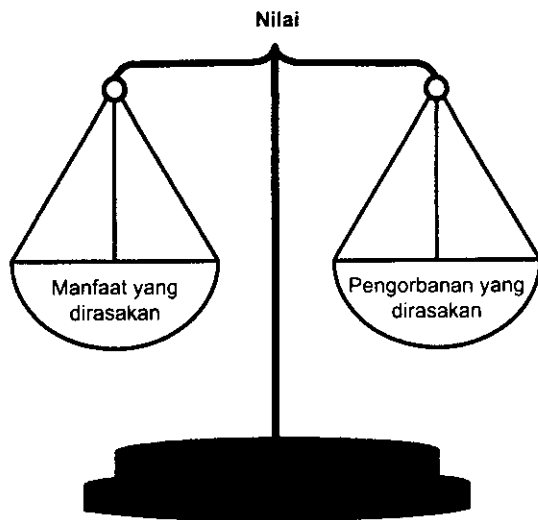
Baik kualitas pelayanan maupun kepuasan pelanggan, keduanya didasarkan pada perbandingan antara harapan dan kinerja. Apakah keduanya benar-benar merupakan konsepsi yang berbeda? Telah terjadi banyak perdebatan dalam literatur pemasaran tentang isu ini. Satu cara yang membedakan kedua konsep ini adalah dengan meneliti jenis harapan yang digunakan sebagai perbandingan. Untuk penilaian kualitas layanan, fokusnya adalah pada tingkat pelayanan diinginkan dan yang memadai. Untuk evaluasi kepuasan, fokusnya adalah pada berbagai tingkat layanan yang diprediksi (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988; Spreng, MacKenzie, dan Olshavsky, 1996; Zeithaml, Berry, dan Parasuraman, 1993). Cara lain untuk membedakan konsep ini adalah bahwa kualitas layanan merupakan pengadilan atau penilaian global, sedangkan kepuasan adalah spesifik-transaksi (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988). Hal ini menunjukkan bahwa kepuasan pelanggan mengarah pada kualitas layanan. Meskipun demikian, peneliti lain telah menyatakan bahwa kualitas pelayanan mengarah pada kepuasan pelanggan. Dalam upaya untuk mengatasi perdebatan ini, Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1994b), terinspirasi pada karya Teas (1993), menyarankan bahwa baik kualitas pelayanan maupun kepuasan pelanggan dapat diperiksa dengan penuh pengertian pada tingkat transaksi individual dan dianggap sebagai penilaian global (atau keseluruhan) yang terbentuk dari banyak transaksi selanjutnya.

Terlepas dari perdebatan teoretis ini, terdapat banyak bukti bahwa meningkatkan kepuasan pelanggan dan kualitas pelayanan dapat mengakibatkan hasil positif bagi organisasi dan konsumen. Seperti disebutkan sebelumnya, pelanggan yang sangat puas lebih cenderung menunjukkan kesetiaan, yang berarti aliran pendapatan yang konsisten selama periode tahunan bagi perusahaan (Lovelock dan Wright, 2002). Para pelanggan ini juga dapat menjadi lebih pemaaf ketika ada kegagalan layanan dan mungkin membuat lebih sedikit tuntutan dan sedikit kesalahan ketika mereka mendapatkan pengalaman sebagai konsumen dari sebuah perusahaan produk atau jasa sehingga mengurangi biaya operasional perusahaan (Lovelock dan Wright, 2002). Kalimat positif dari mulut ke mulut juga merupakan efek kunci kepuasan tingkat tinggi dan kualitas pelayanan yang dirasakan. Hasil ini sangat penting untuk penyedia jasa profesional seperti farmasi. Pelanggan yang puas juga berarti mengurangi kalimat negatif dari mulut ke mulut, yang dapat berjalan lebih cepat (dan lebih jauh) daripada komentar positif. Semua dampak perilaku ini dapat membantu meningkatkan garis dasar perusahaan, yaitu profitabilitas (Zeithaml, Karat, dan Lemon, 2001).

Nilai

Banyak pemasar percaya bahwa peran fundamental pemasar adalah menciptakan nilai bagi pelanggan (Lovelock dan Wright, 2002). Namun, apakah *nilai* itu, dan bagaimana nilai bisa berbeda dari kualitas yang dirasakan? Ketika pelanggan mengevaluasi produk atau layanan, mereka mempertimbangkan manfaat yang ditawarkan (yakni, apa yang mereka dapatkan) secara relatif terhadap biaya (yakni, apa yang mereka berikan). Manfaat dari suatu produk atau jasa termasuk memenuhi kebutuhan fungsional, membuat proses lebih nyaman, dan menyediakan pembayaran emosional seperti gengsi atau untuk meningkatkan harga diri. Biaya untuk konsumen tidak hanya mencakup biaya moneter tetapi juga pengeluaran non-moneter yang berkaitan dengan waktu, usaha, dan ketidaknyamanan terkait dengan proses pencarian, pembelian, dan penggunaan produk (termasuk biaya yang berkaitan dengan kegagalan produk atau layanan). *Nilai* dikonseptualisasikan sebagai rasio (Kotler, 2003) atau perbedaan (Wright dan Lovelock, 2002) antara manfaat yang dirasakan dengan biaya yang dirasakan (yaitu, pengorbanan yang dirasakan). Gambar 20-1 merupakan pendekatan yang berguna untuk memvisualisasikan bagaimana pelanggan dapat mengkalifikasi nilai.

Untuk meningkatkan nilai bagi pelanggan, pemasar dapat meningkatkan manfaat yang diperoleh dari produk ini, meningkatkan atau menyediakan layanan tambahan, atau mengurangi biaya moneter atau pengeluaran non-moneter yang terkait dengan perolehan dan penggunaan



Gambar 20-1. Sebuah konseptualisasi nilai.

produk (Lovelock dan Wright, 2002). Atau seorang pemasar dapat meningkatkan biaya kepada pelanggan selama terjadi peningkatan keuntungan yang lebih besar atau sebuah penggantian untuk pengeluaran lain. Konsumen membayar harga premium untuk dapat menghemat waktu atau mendapatkan kenyamanan lebih besar merupakan contoh yang kedua. Pemasar masih dapat meningkatkan nilai bagi pelanggan dengan mengurangi keuntungan, asalkan ada kesesuaian penurunan biaya yang lebih besar. Penting untuk disadari bahwa persepsi konsumen terhadap nilai produk mungkin berbeda antara sebelum dan setelah konsumsi, yang menunjukkan bahwa persepsi seorang individu tentang manfaat dan biaya dapat diubah oleh penggunaan produk dan apa yang terjadi setelah produk digunakan.

Kualitas dan nilai bukanlah hal yang sama. Konsep nilai lebih individualistik dan lebih personal daripada kualitas sehingga secara teori berada pada tingkat pikiran abstraksi yang lebih tinggi dalam benak konsumen. Selain itu, kualitas biasanya dikonseptualisasikan sebagai bagian dari komponen "mendapatkan," sedangkan nilai melibatkan pertukaran dari komponen mendapatkan dan memberikan (Zeithaml, 1988). Karena saling terkait, tidak mengherankan jika upaya yang diarahkan pada peningkatan kualitas (atau dalam hal ini kepuasan pelanggan) juga dapat menyebabkan peningkatan nilai yang dirasakan, yang dapat berkontribusi untuk meningkatkan niat dan perilaku konsumen dan pada akhirnya meningkatkan keuntungan, seperti yang dibahas sebelumnya. Satu pertimbangan penting adalah bahwa persepsi kualitas dan nilai ada setelah pemberian layanan maupun penggunaan produk. Persepsi sebelum penggunaan ini mungkin didasarkan pada pesan mulut ke mulut (misalnya, apa yang dikatakan kenalan) atau mungkin didasarkan pada

pesan promosi perusahaan. Untuk farmasis, ini menunjukkan bahwa ketentuan penyediaan layanan MTM yang efektif dan penggunaan bauran promosi, keduanya diperlukan untuk mengomunikasikan nilai kepada calon anggota target pasar. Farmasis harus memahami bagaimana menggunakan kedua sisi dari persamaan nilai jika mereka ingin menarik dan juga mempertahankan pelanggan.

Kesetiaan

Kesetiaan telah menerima cukup banyak perhatian baik dari ahli teori dan praktisi pemasaran. Sebagian besar dari mereka akan setuju bahwa terdapat konsekuensi positif yang terkait dengan basis pelanggan setia. Meskipun begitu, ada area lain dari ketidaksetujuan yang terkait dengan loyalitas pelanggan.

Bagian dari perdebatan berkenaan dengan bagaimana kesetiaan harus dikonseptualisasikan dan kemudian diukur. Secara historis, konsep ini telah dianggap sebagai hasil perilaku, yaitu, pembelian kembali atau pergantian niat dan perilaku (Oliver, 1999). Sebagian lain berpendapat bahwa kesetiaan mempunyai makna psikologis. Sebagai contoh, kecintaan pada perusahaan, identifikasi dengan perusahaan, serta kemauan untuk membantu penyedia layanan dan pelanggan lain dianggap sebagai bagian dari membangun kesetiaan (Oliver, 1999; Jones dan Taylor, 2007). Untuk lebih memahami konsep ini, sebagian ahli telah menyarankan untuk melihat kesetiaan dalam hubungan penyedia layanan-konsumen dengan cara yang sama seperti perilaku hubungan mendalam yang terjadi dalam sebuah persahabatan dan bahkan dalam hubungan romantis (Jones dan Taylor, 2007).

Selain masalah konseptualisasi dan pengukuran, pemasar juga telah memperdebatkan anteseden kesetiaan. Peranan kepuasan dalam pembangunan kesetiaan telah mendapat perhatian yang paling besar. Meskipun kemungkinan besar ada hubungan antara kedua variabel ini (kepuasan melahirkan loyalitas), hubungan ini tidak sempurna; banyak pelanggan yang mungkin puas atau bahkan sangat puas namun tidak menunjukkan perilaku pembelian kembali (Oliver, 1999). Ahli lain telah menunjukkan bahwa bukan hanya tingkat kepuasan yang memainkan peranan penting dalam menentukan kesetiaan, tetapi juga kekuatan (tingkat kepastian) yang dengannya pelanggan mengungkapkan kepuasannya (Chandrashekar et al., 2007).

Oliver (1999, hlm. 41) menyatakan bahwa kesetiaan tertinggi memerlukan "barang konsumsi harus menjadi subjek yang dicintai." Objek atau jasa harus mudah dicintai. Permintaan negatif yang berhubungan dengan sebagian besar produk farmasi dan jasa menunjukkan bahwa kesetiaan tertinggi mungkin merupakan tujuan yang sukar dipahami. Hal ini bukan berarti bahwa apotek tidak bisa belajar dari pertumbuhan tubuh pengetahuan terkait kesetiaan. Apotek dikenal karena hubungannya dengan kinerja perusahaan

sehingga setidaknya apotek harus peduli dengan retensi para pelanggannya dan niat pembelian kembali mereka, bahkan jika konseptualisasi itu gagal mengenali dimensi psikologis dari kesetiaan. Terkait dengan masalah ini, terdapat rekomendasi yang berguna dari karya Reichheld (2003) yang menunjukkan bahwa perusahaan hanya perlu menyadari jenis ukuran tunggal apabila memikirkan konsep kesetiaan: "Seberapa besar kemungkinan Anda akan merekomendasikan [Perusahaan X] kepada seorang teman atau kolega?" Ukuran tunggal ini telah terbukti berkaitan dengan tingkat pertumbuhan pendapatan perusahaan pada beberapa industri.

Sikap dan perilaku penerima kesetiaan juga harus dipertimbangkan. Seperti disebutkan sebelumnya, beberapa ahli telah mengonseptualisasikan loyalitas layanan serupa dengan kesetiaan dalam hubungan antarpribadi seperti persahabatan. Hal ini menunjukkan bahwa farmasis, dibandingkan apotek, mungkin menjadi subyek dari sikap dan perilaku loyalitas (kesetiaan yang dimiliki farmasis).^{*} Loyalitas semacam itu dapat bermanfaat bagi perusahaan jika farmasis tersebut melanjutkan masa jabatannya dengan apotek. Pengusaha apotek perlu memahami konsep ini dan pentingnya manajemen sumber daya manusia yang baik; manajemen dan pemasaran tidak berada terpisah.

Mengumpulkan Data Pelanggan

Untuk membuat, menyampaikan, dan mengomunikasikan nilai pelanggan yang unggul menyaratkan sebuah perusahaan untuk memahami harapan target pasar serta penilaian kepuasan oleh pelanggan, kualitas, dan nilai. Mempercayakan keluhan pelanggan (atau kurangnya keluhan) sebagai bukti bahwa bisnis telah memuaskan kebutuhan dan memenuhi harapan adalah sangat cacat. Studi menunjukkan bahwa sebagian besar pelanggan yang tidak puas tidak pernah mengeluh kepada perusahaan, melainkan, mereka membeli lebih sedikit atau beralih ke perusahaan lain (Lovelock dan Wright, 2002). Oleh karena itu, perusahaan harus mengambil pendekatan yang lebih aktif dalam mengumpulkan data tentang perbaikan produk atau jasa mereka. Beberapa contoh tentang bagaimana upaya seperti itu dapat dilaksanakan meliputi (Lovelock dan Wright, 2002):

- *Survei pascatransaksi.* Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk mengumpulkan data mengenai kepuasan dan persepsi pelanggan tentang pengalaman layanan segera setelah (atau dalam beberapa hari) transaksi. Pertanyaan yang di ajukan biasanya khusus tentang transaksi yang baru saja terjadi atau pengalaman lalu, meskipun

beberapa pertanyaan yang lebih global mungkin akan dimasukkan. Anda mungkin pernah diminta untuk mengisi kuesioner seperti pada kunjungan baru-baru ini ke restoran atau selama tinggal di hotel. Doucette dan McDonough (2002) memberikan contoh sebuah survei yang digunakan untuk mengendalikan berat badan dan program kesehatan di apotek.

- *Survei evaluasi secara keseluruhan.* Sementara survei pascatransaksi berfokus pada evaluasi konsumen pada pertemuan yang baru saja terjadi, fokus ketika melakukan survei evaluasi secara keseluruhan adalah kesan global suatu perusahaan. Hal ini termasuk kepuasan "pelanggan" secara keseluruhan dengan perusahaan, serta "kesan mereka secara keseluruhan terhadap perusahaan mengenai kualitas layanan, kualitas produk, dan harga" (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1994b, hlm. 122). Evaluasi ini harus mencerminkan akumulasi pengalaman pelanggan dari waktu ke waktu. Untuk alasan ini, serta biaya yang berkaitan dengan melakukan penelitian ini, Lovelock dan Wright (2002) merekomendasikan bahwa survei ini dilakukan lebih jarang daripada survei pascatransaksi. Karya Larson dan MacKeigan mengenai ukuran kepuasan pasien terhadap layanan apotek (Larson dan MacKeigan, 1994; MacKeigan dan Larson, 1989) dan dengan asuhan kefarmasian (Larson, Rovers, dan MacKeigan, 2002) adalah contoh dari pendekatan ini. Contoh di luar apotek adalah skala SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, dan Berry, 1988).
- *Belanja misterius.* Teknik ini melibatkan pengiriman orang-orang yang menyamar sebagai konsumen biasa untuk mengumpulkan informasi dan memberikan umpan balik tentang pengalaman pelayanan. Teknik ini memungkinkan untuk mengumpulkan informasi tentang setiap karyawan dan dapat digunakan untuk memberikan penghargaan bagi kinerja superior atau sebagai indikasi tentang perlunya pelatihan tambahan. Pendekatan ini mungkin tidak berguna untuk apotek yang memiliki sedikit pelanggan baru karena karyawan mungkin dapat mengenali pembelanja misterius. Harus menjadi pertimbangan juga tentang bagaimana karyawan akan bereaksi terhadap praktik memperdayai ini. Saran yang diberikan termasuk pemberitahuan kepada karyawan bahwa hal ini mungkin terjadi sewaktu-waktu, beritahu mereka tentang kriteria yang akan dinilai, dan evaluasi kinerja berdasarkan atas serangkaian pertemuan dibandingkan hanya satu kunjungan (Lovelock dan Wright, 2002).
- *Survei nonpelanggan, pelanggan baru, dan pelanggan yang merosot pembeliannya/mantan pelanggan.* Survei kelompok ini mungkin berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan yang tak terpenuhi, harapan dan gambaran (yaitu, survei nonpelanggan), alasan berlangganan (yaitu, pelanggan

^{*} Untuk aplikasi menarik mengenai perwakilan penjualan, lihat Palmatier, Scherer dan Steenkamp (2007)

baru), dan informasi tentang kekurangan perusahaan (yaitu, pelanggan yang merosot pembeliannya dan mantan pelanggan).

- *Kelompok fokus.* Pendekatan yang lebih kualitatif untuk mengumpulkan data pelanggan adalah penggunaan kelompok fokus, atau kelompok pelanggan yang dibuat oleh seorang peneliti untuk diskusi mendalam tentang topik tertentu. Kelompok ini dipimpin oleh seorang moderator terlatih yang bertanggung jawab untuk menjaga kelompok dalam tugasnya. Kelompok fokus dapat berguna dalam mempelajari tentang kebutuhan dan harapan pelanggan, menentukan bagaimana konsumen mengevaluasi kinerja perusahaan, mengumpulkan informasi mendalam tentang masalah pelayanan, atau mendapatkan umpan balik tentang produk atau jasa yang diusulkan. Farmasis harus diperingatkan tentang memproyeksikan hasil dari kelompok fokus untuk seluruh segmen pasar. Bislew dan Sorensen (2003) memberikan contoh bagaimana kelompok fokus dapat digunakan dalam tataran apotek.
- *Data karyawan.* Perusahaan tidak boleh mengurangi nilai informasi yang dapat diperoleh dari berbicara dan *mendengarkan* karyawan. Karyawan memiliki pengalaman kontak langsung dengan pelanggan yang dapat mengarah pada perbaikan produk atau pemberian layanan. Survei, kelompok fokus, dan wawancara satu per satu, semua dapat digunakan untuk mengumpulkan data dari karyawan

■ PEMASARAN HUBUNGAN

Walaupun konsep-konsep yang melekat dalam pemasaran hubungan bukanlah hal baru, baru dalam 25 tahun terakhir kesadaran praktik dan ilmu pemasaran mengenai relevansi hubungan pertukaran telah semakin berkembang. Konsep-konsep yang dibahas di seluruh bab ini memiliki arti penting dalam paradigma pemasaran-hubungan. Memang, pemahaman dari banyak konsep ini, seperti harapan, kepuasan, kualitas yang dirasakan, nilai, dan loyalitas, mungkin akan menjadi semakin penting dalam paradigma pemasaran-hubungan karena konsep-konsep tersebut merupakan kunci untuk mempertahankan kolaborasi jangka panjang dan pelanggan. Jadi, apa yang dimaksud dengan pemasaran hubungan? Telah terjadi perdebatan dalam literatur pemasaran mengenai definisi yang tepat tentang pemasaran hubungan (misalnya, lihat Parvatiyar dan Sheth, 2000). Salah satu definisi yang bermanfaat telah diberikan oleh Lovelock dan Wright (2002, hlm. 102), yang mendefinisikan *pemasaran hubungan* sebagai "kegiatan yang bertujuan untuk pengembangan hubungan jangka panjang yang efektif secara biaya antara organisasi dan pelanggannya agar saling menguntungkan kedua belah pihak".

Kunci untuk memahami pemasaran hubungan adalah menghargai perbedaan antara pertukaran berbasis transaksi diskret dengan pertukaran relasional. Weitz dan Jap (1995, hlm. 305) mencatat bahwa "...meningkatnya minat pemasaran hubungan menunjukkan pergeseran dalam sifat transaksi pasar umum dari pertukaran diskret menjadi relasional—dari pertukaran antara pihak-pihak yang tidak memiliki sejarah masa lalu dan niat di masa depan untuk melakukan pertukaran menjadi pertukaran antara pihak-pihak yang mempunyai sejarah pertukaran dan rencana untuk interaksi di masa depan." Jadi dalam praktik pemasaran transaksional, setiap transaksi dipandang sebagai peristiwa yang terpisah, atau kesepakatan satu kali. Fakta bahwa satu transaksi yang telah terjadi tidak dapat memprediksi bahwa di masa depan akan terjadi transaksi (Gummesson, 2002); fokus dari kedua belah pihak adalah untuk membuat setiap transaksi individual yang paling banyak. Akan tetapi pelanggan dapat menggunakan pemasok yang sama berulang kali, kemungkinan karena biaya peralihan pemasok yang tinggi, bukan karena dia berkomitmen kepada pemasok individual itu (Gummesson, 2002).

Meskipun transaksi diskret yang murni jarang terjadi, dan walaupun terdapat banyak keuntungan bagi keduanya, yaitu pelanggan dan produsen yang beroperasi dalam suatu paradigma pemasaran-hubungan, tidak satu pun dari fakta itu yang menyatakan secara langsung bahwa segala bentuk pemasaran transaksional secara inheren adalah buruk atau salah. Memang, beberapa penulis telah mencatat bahwa pemasaran transaksional dapat menjadi pilihan fungsional untuk beberapa pemasar yang didasarkan pada karakteristik situasi dan para pemain yang terlibat (Gummesson, 2002; Kotler, 2003; Sheth, Sisodia, dan Sharma, 2000). Karakteristik ini mencakup cakrawala waktu pelanggan, tingkat keterlibatan pelanggan, biaya yang berkaitan dengan peralihan ke organisasi lain, tingkat minat pelanggan dalam menjalin hubungan, dan kemampuan sebuah organisasi untuk menerapkan pendekatan semacam itu secara efisien (yakni, implikasi biaya dan pendapatan harus dipahami). Dalam sintesis mereka di literatur pemasaran hubungan, Palmatier dan rekan (2006) menemukan bahwa pemasaran hubungan adalah lebih efektif ketika hubungan adalah yang lebih penting bagi pelanggan, seperti dalam konteks penawaran pelayanan dan hubungan bisnis ke bisnis, serta ketika hubungan dibentuk dengan individu, bukan dengan perusahaan secara keseluruhan.

Penulis lain telah mencatat bahwa pemasaran transaksional masih dapat berpusat pada konsumen, dengan fokus pada kebutuhan, keinginan, dan sumber daya konsumen dan pelanggan individual, bukan pada pasar massal atau segmen pasar (Sheth, Sisodia, dan Sharma, 2000). Sheth (2002) berpendapat bahwa masa depan pemasaran hubungan meliputi penggunaan dari pemasaran hubungan yang selektif

dan ditargetkan disertai dengan upaya pemasaran transaksional tergantung pada karakteristik segmen pelanggan.

Konsep dasar pemasaran hubungan memiliki akar sejarah sejak pedagang di masa paling awal (Berry, 1995; Sheth dan Parvatiyar, 1995). Bagaimanapun, konsep pemasaran hubungan seperti yang kita kenal sekarang telah populer sejak awal 1980-an. Sheth (2002) menggambarkan tiga antesedenya untuk minat yang terus meningkat ini:

1. *Lingkungan ekonomi.* Meningkatnya persaingan global adalah hasil dari kelebihan kapasitas dan biaya bahan baku yang tinggi akibat krisis energi tahun 1970-an dan menghasilkan kondisi ekonomi yang buruk. Untuk alasan ini, terjadi pergeseran yang mengakibatkan peningkatan fokus pada retensi pelanggan dan berkurangnya fokus pada akuisisi pelanggan: pertukaran relasional berkelanjutan menjadi jauh lebih penting dibandingkan dengan pertukaran transaksional satu kali.
2. *Munculnya pemasaran jasa.* Selama periode ini, pemasaran jasa muncul sebagai wilayah penelitian dan praktik. Bahkan ekonomi US berevolusi sehingga saat ini mengandung campuran 70-30 jasa dengan barang dagangan. Pengakuan bahwa jasa sangat berbeda dari barang berwujud menawarkan pendekatan berbeda terhadap pemasaran. Lebih lanjut, pemberian jasa sering kali berfokus pada transaksi ganda sepanjang waktu, secara tak langsung menyatakan keberadaan hubungan.
3. *Bermitra dengan pemasok.* Keberhasilan industri otomotif Jepang (dan industri lainnya) dalam mengembangkan kemitraan dengan pemasok mengarahkan pada pengakuan bahwa pendekatan semacam itu dapat meningkatkan kualitas dan juga menurunkan biaya. Pendekatan kolaboratif, bukan kombatif (pertempuran), untuk berinteraksi dengan pemasok menghasilkan dalam melihat pertukaran sebagai sesuatu yang bersifat relasional daripada transaksional dan menyiapkan tingkatan untuk perkembangan bisnis ke pemasaran nantinya.

Apa yang Pemasaran Hubungan Perlukan?

Gummesson (2002) menjabarkan nilai-nilai fundamental dari pemasaran hubungan:

- *Manajemen pemasaran harus diperluas ke dalam manajemen perusahaan yang berorientasi pemasaran.* Nilai ini mirip dengan istilah konsep pemasaran untuk orientasi pemasaran yang terintegrasi di seluruh organisasi. Perusahaan yang melakukan pemasaran hubungan harus memiliki pemahaman tentang pentingnya pemasaran di seluruh organisasi, tidak hanya untuk departemen pemasaran. Pemasaran hubungan yang efektif mem-

butuhkan fokus berpusat pada pelanggan (Sheth, Sisodia, dan Sharma, 2000).

- *Kolaborasi jangka panjang dan sama-sama menang.* Kunci pemasaran hubungan adalah fokus pada kolaborasi, melihat pemasok, pelanggan, dan lain-lain sebagai mitra daripada sebagai kombatan/lawan tanding. Kepercayaan ini menyiratkan bahwa hubungan akan menciptakan nilai saling menguntungkan, yang mengarah ke perluasan durasi hubungan. Hal ini juga menunjukkan bahwa pemasaran hubungan mendorong retensi pemasaran atas ketertarikan pemasaran.
- *Semua pihak harus aktif dan bertanggung jawab.* Produsen bukanlah satu-satunya pemain dalam sebuah hubungan. Memang, dalam banyak hubungan bisnis-ke-bisnis, para pelanggan memprakarsai inovasi dan memaksa pemasok untuk mengubah produk atau jasa. Berkenaan dengan layanan, pelanggan sering terlibat dalam produksi jasa, menunjukkan peran interaktif yang penting, tergantung pada situasinya.
- *Nilai hubungan dan jasa bukan nilai hukum-birokrasi.* Nilai ini tidak menunjukkan bahwa hukum harus dilanggar melainkan menyiratkan bahwa fleksibilitas yang harus memandu manajemen hubungan pelanggan, bukan rigiditas (kekakuan). Pelanggan adalah individu dan harus diperlakukan seperti itu.

Perusahaan jasa dan bisnis lain menggunakan berbagai pendekatan untuk mempertahankan dan meningkatkan hubungan dengan pelanggan, seperti memperlakukan pelanggan dengan adil, yang menawarkan tambahan layanan, dan memperlakukan setiap pelanggan seolah-olah ia atau dia adalah bagian dari perusahaan (Lovelock dan Wright, 2002). Pentingnya untuk mempertahankan hubungan dalam pemberian layanan berupa pemenuhan janji yang dibuat kepada pelanggan. Bitner (1995) menguraikan tiga kegiatan penting untuk menarik, membangun, dan memelihara hubungan layanan:

- *Membuat janji-janji yang realistis sejak awal.* Melalui delapan P manajemen pelayanan terpadu, sebuah organisasi yang membuat janji kepada target pasar mengenai apa yang dapat mereka harapkan. Seperti telah dibahas sebelumnya, perusahaan harus menjaga keseimbangan antara pengaturan harapan terlalu tinggi (mungkin nantinya membuat pelanggan kecewa) dan menetapkan harapan terlalu rendah (yang mungkin mengakibatkan kegagalan menarik pelanggan). McDonough, Soborka, dan Doucette (2003, hlm. 217) menyatakan bahwa "lebih baik berkinerja lebih banyak daripada berjanji terlalu banyak."
- *Mampukan karyawan dan sistem agar dapat memenuhi janji.* Proses (process) dan personel (people), dua dari

delapan P, sangat penting untuk pemenuhan janji. Janji mudah dibuat, tetapi tanpa orang yang tepat menggunakan proses dan alat yang tepat, janji itu sulit untuk dipenuhi. Sumber daya harus tersedia, dan personel harus memiliki pelatihan dan motivasi untuk melayani pelanggan.

- *Peganglah janji untuk pelanggan ketika memberikan pelayanan.* Setiap kali seorang pelanggan berinteraksi dengan organisasi (melalui karyawannya atau teknologi antarmuka), muncullah kesempatan untuk memenuhi atau melanggar janji. Pertemuan ini, yang disebut *momen penentuan (moment of truth)*, membentuk basis mengenai bagaimana hubungan layanan dibangun. Bergantung pada layanan dan situasinya, satu pertemuan negatif (kegagalan untuk memenuhi janji) cukup untuk dapat memutuskan suatu hubungan atau paling tidak menyebabkan melemahnya hubungan, bahkan hubungan jangka panjang. Sebuah rencana pemulihan layanan adalah penting untuk menghadapi situasi ini (lihat Bab 11). Di sisi lain, serangkaian pertemuan positif (pemenuhan janji berulang-ulang dan melebihi harapan) dapat mengakibatkan kepercayaan pelanggan dalam organisasi dan perasaan komitmen terhadap hubungan dengan organisasi (Morgan dan Hunt, 1994).

Apakah Konsekuensi dari Pemasaran Hubungan?

Definisi pemasaran hubungan menekankan bahwa pelaksanaannya saling menguntungkan bagi suatu organisasi dan pelanggannya. Manfaat bagi organisasi, seperti loyalitas pelanggan, referral, dan profitabilitas (Palmatier et al., 2006), dimanifestasikan melalui peningkatan produktivitas pemasaran serta dengan membuat fungsi pemasaran lebih efektif dan lebih efisien (Sheth dan Parvatiyar, 1995). Dengan berfokus pada pelanggan individual (bukan di pasar massal atau segmen pasar), dan dengan meningkatkan keterlibatan pelanggan dalam upaya pemasaran, pemasaran hubungan haruslah menjadi *lebih efektif* dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan. Lebih jauh lagi, dengan fokus pada retensi pelanggan, mengurangi beberapa praktik pemborosan terkait dengan pemasaran massal, dan membiarkan pelanggan menjadi peserta yang lebih aktif dalam proses produksi (misalnya, membiarkan pelanggan menjalankan beberapa tugas yang dulunya dilakukan oleh pemasar—pikirkan ATM) dapat mengarah kepada peningkatan *efisiensi pemasaran*.

Intinya sehubungan dengan retensi pelanggan mungkin perlu beberapa penjelasan. Diperkirakan bahwa setidaknya 65 persen dari rata-rata bisnis perusahaan berasal dari pelanggan yang puas saat ini (Schoell dan Guiltinan, 1990). Bukti lain menunjukkan bahwa menarik pelanggan baru secara signifikan lebih mahal daripada mempertahankan yang sudah ada (Kotler dan Keller, 2006). Ada bukti empiris yang menunjukkan bahwa selama pelanggan tetap menjalin

hubungan lebih lama, mereka lebih menguntungkan bagi perusahaan (Sheth dan Parvatiyar, 1995). Temuan ini mengarah pada kesimpulan bahwa fokus pada retensi pelanggan daripada akuisisi pelanggan haruslah menjadi cara lebih murah (dan lebih menguntungkan) untuk menjalankan bisnis.

Pemasaran hubungan juga memiliki manfaat yang signifikan bagi konsumen (Bitner, 1995). Tentu saja pelanggan diuntungkan secara ekonomi dan menerima nilai yang lebih tinggi ketika perusahaan secara konsisten memenuhi janji. Hubungan jangka panjang juga bisa mengurangi stres dan risiko bagi pelanggan karena hubungan menjadi lebih mudah diprediksi dan kepercayaan ke penyedia layanan meningkat. Hubungan seperti itu juga mengurangi kebutuhan untuk mengubah, sebuah tindakan yang lebih suka dihindari oleh kebanyakan manusia. Tetap berada dalam sebuah hubungan menyederhanakan hidup seseorang, menghemat waktu dan usaha dengan mengurangi kebutuhan pencarian informasi serta pengambilan keputusan. Akhirnya, pemasaran hubungan menawarkan manfaat sosial, seperti dibuat agar merasa berarti dan mengembangkan hubungan penyedia layanan-pelanggan menjadi persahabatan atau sebagai bagian dari sistem dukungan sosial. Selama bertahun-tahun, farmasis telah mengakui pentingnya manfaat konsumen yang terakhir ini.

Bagaimana Pemasaran Hubungan Diterapkan untuk Apotek?

Banyak aplikasi pemasaran hubungan untuk praktik farmasi dan perawatan kesehatan cukup mandiri. Dalam banyak ruang lingkup apotek, produk kefarmasian dan layanan perawatan pasien disediakan untuk orang-orang yang memerlukan perhatian dan perawatan selama jangka waktu panjang karena kondisi kronis. Pembentukan sebuah hubungan penyedia layanan-pasien sangat penting untuk keberhasilan pengobatan pasien. Memang, sifat hubungan terapeutik antara farmasis dan pasien merupakan *pondasi* konseptualisasi asuhan kefarmasian (Cipolle, Strand, dan Morley, 1998). Menariknya, definisi hubungan terapeutik (Cipolle, Strand, dan Morley, 1998, hlm. 344), “sebuah kemitraan atau aliansi antara dokter dan pasien yang dibentuk dengan tujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien yang terkait obat,” mengacu pada beberapa elemen yang dibahas dalam bab ini. Selain itu, diskusi tentang hubungan terapeutik secara eksplisit mengakui bahwa tidak hanya praktisi yang memiliki tanggung jawab, tetapi juga pasien—konsep yang tidak konsisten dengan pemasaran hubungan. Meskipun sifat hubungan pasien-penyedia layanan mengambil makna etis tambahan dalam konteks perawatan kesehatan, banyak konsep yang dibahas dalam bagian ini (dan di seluruh bab ini)

memiliki aplikasi langsung untuk penyampaian perawatan kesehatan dan pelayanan kefarmasian.

Beberapa poin tambahan mengenai pemasaran hubungan dan praktik apotek dapat dipahami. Pertama, praktisi perlu mengetahui bahwa sebagian besar apotek (dan sistem komputernya) penuh dengan data yang dapat digunakan untuk pemasaran satu per satu dan memenuhi kebutuhan unik dari tiap-tiap pelanggan. Data ini dapat digunakan tidak hanya sebagai bagian dari produksi dan penyediaan layanan, tetapi juga untuk berkomunikasi dengan pelanggan, pemberi resep, dan mitra lainnya. Kedua, adalah penting untuk mempertimbangkan individu dan organisasi lain selain pasien ketika mengimplementasikan suatu program pemasaran-hubungan dalam apotek. Prinsip yang sama dapat diterapkan untuk interaksi dengan dokter dan penyedia lain, kelompok pengusaha, pembayar pihak ketiga, vendor komputer, pedagang perantara, dan bahkan orang lain di dalam perusahaan. Membangun, mengembangkan, dan memelihara hubungan dengan para pemangku kepentingan ini memiliki potensi untuk meningkatkan atau memfasilitasi hubungan dengan pelanggan utama, pasien. Ketiga, membangun hubungan tidak terjadi dalam semalam; suatu hubungan membutuhkan waktu lama untuk dibangun dan berkembang. Akan tetapi, praktisi harus didorong untuk mempertimbangkan setiap pertemuan layanan dengan pasien sebagai kesempatan untuk membangun hubungan baik (Doucette dan McDonough, 2002).

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Pada awal bab ini, kita bertemu dengan Jim Smyth dan Sue Davidson, yang mengakui bahwa sesuatu harus dilakukan untuk meningkatkan posisi keuangan apotek mereka. Banyak pertanyaan yang muncul selama sesi pengungkapan pendapat mendadak antara mereka dengan karyawan, dan sebagian besar terkait dengan fungsi pemasaran. Agar menjadi efektif (dan efisien), penyedia layanan kesehatan dan farmasis (termasuk Drs. Smyth dan Davidson) perlu memikirkan aspek pemasaran serta klinis. Mereka harus memahami bagaimana cara mengintegrasikan filosofi pemasaran di keseluruhan organisasi mereka. Mereka harus menyadari bahwa fokus pada kebutuhan pelanggan dan belajar bagaimana menerjemahkan kebutuhan tersebut menjadi kebutuhan dan permintaan merupakan langkah yang penting. Mereka harus menguasai perangkat bauran pemasaran, termasuk pertimbangan tambahan yang diperlukan oleh karena sifat khas layanan. Untuk tetap bertahan dalam bisnis, dan untuk tetap memperoleh keuntungan intrinsik karena membantu pasien, farmasis harus memperhatikan garis dasar, yaitu profitabilitas organisasi (atau paling tidak keberhasilan keuangan diukur dalam istilah lain dalam hal mempertimbangkan perusahaan nirlaba). Ini berarti bahwa farmasis harus memahami konsep harapan,

kepuasan, kualitas, nilai, dan loyalitas. Akhirnya, walaupun layanan apotek yang berpusat pada pasien sudah merupakan panggilan untuk pembentukan hubungan terapeutik dengan pasien, praktik pemasaran hubungan dapat membantu untuk meningkatkan tingkat layanan yang disediakan oleh farmasis, berpotensi mengarah pada perbaikan luaran bagi pasien, meningkatkan kinerja keuangan untuk organisasi, dan praktik yang bermanfaat bagi farmasis.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apa pendekatan filosofis pemasaran yang paling sering terjadi saat ini dalam lingkungan praktik apotek? Apakah menurut Anda salah satunya lebih tepat dibandingkan dengan yang lainnya?
2. Peran apa yang dimainkan oleh pemasaran dalam memastikan keberhasilan layanan MTM yang diberikan oleh farmasis? Bagaimana bisa dan seharusnya profesi (bukan perorangan farmasis dan bisnis) menggunakan prinsip-prinsip dan praktik pemasaran?
3. Bagaimana harapan pasien dapat diubah mengenai pemberian layanan MTM oleh farmasis?
4. Bagaimana persepsi Anda tentang pemasaran telah berubah setelah membaca bab ini?
5. Haruskah penerapan prinsip-prinsip pemasaran menjadi berbeda untuk profesional kesehatan (jika dibandingkan dengan penyedia layanan lain)?

REFERENSI

- Berry LL. 1995. Relationship marketing of services: Growing interest, emerging perspectives. *J Acad Market Sci* 23:236.
- Bislew HD, Sorensen TD. 2003. Use of focus groups as a tool to enhance a pharmaceutical care practice. *J Am Pharm Assoc* 43:424.
- Bitner MJ. 1995. Building service relationships: It's all about promises. *J Acad Market Sci* 23:246.
- Booms BH, Bitner MJ. 1981. Marketing strategies and organization structures for service firms. In Donnelly JH, George WR (eds), *Marketing of Services*, hlm. 47. Chicago: American Marketing Association.
- Chandrashekar M, Rotte K, Tax SS, Grewal R. 2007. Satisfaction strength and customer loyalty. *J Market Res* 44:153.
- Christensen DB, Fassett WE, Andrews GA. 1993. A practical billing and payment plan for cognitive services. *Am Pharm NS* 33:34.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. 1998. *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw-Hill.

- Day GS, Montgomery DB. 1999. Charting new directions for marketing. *J Market* 63:3.
- Doucette WR, McDonough RP. 2002. Beyond the 4 P's: Using relationship marketing to build value and demand for pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 42:183.
- Feldstein PJ. 1999. *Health Care Economics*, 5th ed. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Fournier S, Mick DG. 1999. Rediscovering satisfaction. *J Market* 63:5.
- Gummesson E. 2002. *Total Relationship Marketing*, 2d ed. Oxford, England: Butterworth-Heinemann.
- Hepler CD, Strand LM. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47:533.
- Holdford D, Schulz R. 1999. Effect of technical and functional quality on patient perceptions of pharmaceutical service quality. *Pharm Res* 16:1344.
- Holdford DA, Kennedy DT. 1999. The service blueprint as a tool for designing innovative pharmaceutical services. *J Am Pharm Assoc* 39:545.
- Hunt SD. 1976. The nature and scope of marketing. *J Market* 40:17.
- Hunt SD. 1983. General theories and the fundamental explanations of marketing. *J Market* 47:9.
- Hunt SD. 2002. *Foundations of Marketing Theory: Toward a General Theory of Marketing*. Armonk, NY: ME Sharpe.
- Jones T, Taylor SF. 2007. The conceptual domain of service loyalty: How many dimensions? *J Serv Market* 21:36.
- Keefe LS. 2004. What is the meaning of "marketing"? *Marketing News* 38:17.
- Kohli AK, Jaworski BJ. 1990. Market orientation: The construct, research propositions, and managerial implications. *J Market* 54:1.
- Kotler P. 2003. *Marketing Management*, 11th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Kotler P, Keller KL. 2006. *Marketing Management*, 12th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Larson LN, MacKeigan LD. 1994. Further validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. *J Pharm Market Manag* 8:125.
- Larson LN, Rovers JP, MacKeigan LD. 2002. Patient satisfaction with pharmaceutical care: Update of a validated instrument. *J Am Pharm Assoc* 42:44.
- Levitt T. 1960. Marketing myopia. *Harvard Bus Rev* 38:45.
- Lovelock C, Wright L. 2002. *Principles of Service Marketing and Management*, 2d ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- MacKeigan LD, Larson LN. 1989. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. *Med Care* 27:522.
- Mathur A. 1996. Older adults' motivations for gift giving to charitable organizations: An exchange theory perspective. *Psychol Market* 13:107.
- McAlister L, Bolton RN, Rizley R(eds). 2006. *Essential Readings in Marketing*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- McCarthy EJ. 1960. *Basic Marketing: A Managerial Approach*. Homewood, IL: Irwin.
- McDonough RP. 2003. Obstacles to pharmaceutical care. In Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al. (eds), *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*, 2d ed., hlm. 267. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- McDonough RP, Doucette WR. 2003. Using personal selling skills to promote pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 43:363.
- McDonough RP, Sobotka JL. 2003. Reimbursement. In Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al. (eds), *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*, 2d ed., hlm. 222. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- McDonough RP, Sobotka JL, Doucette WR. 2003. Marketing pharmaceutical care. In Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al. (eds), *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*, 2d ed., hlm. 203. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- McDonough RP, Rovers JP, Currie JD, et al. 1998a. Obstacles to the implementation of pharmaceutical care in the community setting. *J Am Pharm Assoc* 38:87.
- McDonough RP, Pirhan ES, Doucette WR, Brownlee MJ. 1998b. Marketing pharmaceutical care services. *J Am Pharm Assoc* 38:667.
- Morgan RM, Hunt SD. 1994. The commitment-trust theory of relationship marketing. *J Market* 58:20.
- Narver JC, Slater SF, MacLachlan DL. 2004. Responsive and proactive market orientation and new-product success. *J Prod Innov Manag* 21:334.
- Oliver RL. 1999. Whence consumer loyalty? *J Market* 63:33.
- Oliver RL, Rust RT, Varki S. 1997. Customer delight: Foundations, findings, and managerial insight. *J Retail* 73:311.
- Palmatier RW, Dant RP, Grewal D, Evans KR. 2006. Factors influencing the effectiveness of relationship marketing: A meta-analysis. *J Market* 70:136.
- Palmatier RW, Scheer LK, Steenkamp JEM. 2007. Customer loyalty to whom? Managing the benefits and risks of salesperson-owned loyalty. *J Market Res* 44:185.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Market* 49:41.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. 1988. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail* 64:12.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. 1994a. Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *J Retail* 70:201.

- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. 1994b. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *J Market* 58:111.
- Parvatiyar A, Sheth JN. 2000. The domain and conceptual foundations of relationship marketing. In Sheth JN, Parvatiyar A (eds), *Handbook of Relationship Marketing*, hlm. 3. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peter JP, Olson JC. 1983. Is science marketing? *J Market* 47:111.
- Reichheld FF. 2003. The one number you need to grow. *Harvard Bus Rev* 81:46.
- Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al. 1998. *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Rust RT, Oliver RL. 2000. Should we delight the customer? *J Acad Market Sci* 28:86.
- Schoell WF, Guiltinan JP. 1990. *Marketing: Contemporary Concepts and Practices*, 4th ed. Reading, MA: Allyn and Bacon.
- Schommer JC, Kucukarslan SN. Measuring patient satisfaction with pharmaceutical services. *Am J Health-Syst Pharm* 1997;54:2721.
- Shepherd MD. 1995. Defining and marketing value added services. *Am Pharm* NS35:46.
- Sheth JN. 2002. The future of relationship marketing. *J Serv Market* 16:590.
- Sheth JN, Parvatiyar A. 1995. Relationship marketing in consumer markets: Antecedents and consequences. *J Acad Market Sci* 23:55.
- Sheth JN, Sisodia RS, Sharma A. 2000. The antecedents and consequences of customer centric marketing. *J Acad Market Sci* 28:55.
- Siecker B. 2002. Principles of place, channel systems, and channel specialist. In Smith MC, Kolassa EM, Perkins G, Siecker B (eds), *Pharmaceutical Marketing: Principles, Environment, and Practice*, hlm. 219. New York: Pharmaceutical Products Press.
- Smith MC. 1996. Pharmacy marketing. In *Effective Pharmacy Management*, 8th ed., hlm.423. Alexandria, VA:NARD.
- Smith MC. 2002. General principles. In Smith MC, Kolassa EM, Perkins G, Siecker B (eds), *Pharmaceutical Marketing: Principles, Environment, and Practice*, hlm. 3. New York:Pharmaceutical Products Press.
- Smith MC, Kolassa EM. 2001. Nobody wants your products: They are negative goods. *Product Management Today* 12:22.
- Spreng RA, MacKenzie SB, Olshavsky RW. 1996. A reexamination of the determinants of consumer satisfaction. *J Market* 60:15.
- Teas RK. 1993. Expectations, performance evaluation, and the consumers: Perceptions of quality. *J Market* 57:18.
- Van Waterschoot W, Van den Bulte C. 1992. The 4P classification of the marketing mix revisited. *J Market* 56:83.
- Vargo SL, Lusch RF. 2004a. The four service marketing myths: Remnants of a goods-based, manufacturing model. *J Serv Res* 6:324.
- Vargo SL, Lusch RF. 2004b. Evolving to a new dominant logic for marketing. *J Market* 68:1.
- Weitz BA, Jap SD. 1995. Relationship marketing and distribution channels. *J Acad Market Sci* 23:305.
- Wilkie WL, Moore ES. 1999. Marketing's contributions to society. *J Market* 63:198.
- Wilkie WL, Moore ES. 2003. Scholarly research in marketing: Exploring the "4 eras" of thought development. *J Public Policy Market* 22:116.
- Zeithaml VA. 1998. Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *J Market* 52:2.
- Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. 1993. The nature and determinants of customer expectations of service. *J Acad Market Sci* 21:1.
- Zeithaml VA, Rust RT, Lemon KN. 2001. The customer pyramid: Creating and serving profitable customers. *Calif Manag Rev* 43:118.

APLIKASI PEMASARAN

William Doucette

Tentang Penulis: Dr. Doucette adalah seorang Profesor di Division of Clinical and Administrative Pharmacy di College of Pharmacy di University of Iowa. Beliau menerima gelar B.S. bidang farmasi, M.S. di bidang administrasi farmasi dan Ph.D. di bidang sosial dan ilmu administrasi farmasi dari University of Wisconsin. Beliau telah mengelola beberapa kelompok apotek. Minat mengajarnya di bidang manajemen farmasi dan pemasaran perawatan kesehatan, sedangkan minat penelitian utamanya yaitu evaluasi pelayanan farmasi dan kolaborasi antara farmasis dengan tenaga profesional kesehatan lainnya. Dr. Doucette telah memublikasikan karyanya ke banyak jurnal farmasi.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan proses manajemen pemasaran untuk apotek.
2. Menggambarkan bagaimana cara mengevaluasi pasar farmasi.
3. Mendiskusikan proses perencanaan pasar untuk apotek.
4. Menggambarkan bauran pemasaran untuk layanan apotek.
5. Menjelaskan teknik-teknik promosi untuk layanan apotek.
6. Mendiskusikan bagaimana cara mengontrol dan mengevaluasi kegiatan pemasaran.

■ SKENARIO

Debbie Butler, Pharm.D., adalah manajer Feel Great Pharmacy, yang terletak di Church Cliff, sebuah kota dengan penduduk 152.000 orang. Dia baru-baru ini memutuskan bahwa farmasis Feel Great Pharmacy harus menawarkan jasa untuk bersaing dengan ritel besar yang telah membuka usaha apotek di kota tersebut. Volume resep dan persentase laba bersihnya hanya tumbuh sedikit selama 2 tahun terakhir.

Ia membahas situasi ini dengan manajer apotek lain yang dia kenal. Salah seorang dari mereka menyarankan agar ia memasarkan barang dan jasa kefarmasian. Dia pernah mendengar tentang pemasaran tetapi tidak tahu banyak tentang hal itu. Walaupun ia mendukung peran farmasis diperluas, dia sendiri belum yakin tentang bagaimana cara menambahkan layanan apotek baru ke dalam praktik pribadinya.

Dr Butler memutuskan untuk mempelajari lebih lanjut tentang pemasaran dengan membaca artikel dan berbicara dengan farmasis lain. Selain itu, dia menemukan bahwa ada beberapa farmasis di daerahnya yang berpengalaman dalam hal pengembangan dan pemasaran

layanan apotek. Dengan dorongan mereka, ia memutuskan untuk mengembangkan dan menerapkan rencana pemasaran untuk Feel Great Pharmacy.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Jelaskan bagaimana proses manajemen pemasaran dapat digunakan untuk memengaruhi keputusan dalam praktik apotek.
2. Bagaimana analisis SWOT dapat digunakan dalam proses manajemen pemasaran?
3. Jelaskan karakteristik target pasar yang menarik.
4. Apakah keputusan-keputusan utama dalam menciptakan bauran pemasaran untuk layanan apotek?
5. Apa keuntungan dan kerugian dari tiap-tiap penggunaan empat teknik promosi utama?
6. Jelaskan tiga cara agar apotek dapat memantau kinerja kegiatan pemasarannya?

■ PENDAHULUAN

Persaingan yang ketat dan tekanan pada biaya telah mendorong banyak pemilik apotek untuk mencari sumber pendapatan baru bagi praktik mereka. Meskipun berbagai pendekatan dapat diadopsi, semakin banyak manajer apotek memilih jalan yang diambil oleh Debbie dalam skenario. Artinya, pemasaran barang dan jasa farmasi dalam perawatan pasien menjadi semakin meluas.

Prinsip pemasaran telah dijelaskan dalam Bab 20. Bab ini berfokus pada penerapan prinsip-prinsip pemasaran tersebut untuk barang (misalnya, obat resep, *over-the-counter* (OTC) produk, dan barang berwujud lainnya) dan jasa (misalnya, konseling pasien, manajemen penyakit, dan manajemen terapi obat-obatan) yang ditawarkan oleh banyak organisasi apotek. Pertama, proses manajemen pemasaran dijelaskan. Kemudian cara untuk mengevaluasi pasar dibahas. Penyusunan rencana pemasaran ditunjukkan, termasuk membentuk bauran pemasaran. Teknik untuk mempromosikan barang dan jasa farmasi juga dibahas. Bab ini diakhiri dengan bagian pelaksanaan rencana pemasaran dan diskusi tentang bagaimana cara memantau dan mengendalikan upaya pemasaran apotek.

Agar efektif, proses manajemen pemasaran harus merupakan komponen dasar dari segala praktik apotek. Sebuah proses manajemen pemasaran memiliki tiga langkah penting: (1) mengevaluasi peluang pasar, (2) merencanakan dan mengembangkan strategi dan taktik pemasaran, dan (3) melaksanakan dan mengendalikan upaya pemasaran. *Pasar* biasanya dapat diartikan sebagai pembeli dan penjual yang berinteraksi di dalam sebuah wilayah geografis. Dalam pasar apotek, pihak lain seperti asuransi dan pemberi resep juga merupakan pemain penting untuk dipertimbangkan.

■ MENGEVALUASI PELUANG PASAR

Mengevaluasi pasar melibatkan pertimbangan baik lingkungan makro dan lingkungan mikro. Sebuah *lingkungan makro* mengacu pada kekuatan yang memengaruhi para pihak di pasar dan meliputi lima sektor: kompetitif, ekonomi, teknologi, sosial, dan regulasi (Achrol, Rêve, dan Stern, 1983; Doucette, Schommer, dan Wiederholt, 1993). Pertimbangan kompetitif seperti penggabungan apotek jaringan dengan gerai di pasar bisa memengaruhi permintaan terhadap barang dan jasa kefarmasian di apotek yang berada di pasar tersebut. Demikian pula, penggunaan peresepan elektronik oleh sistem pengiriman yang terintegrasi secara lokal dapat memerlukan investasi peralatan untuk apotek terkait dengan sistem pengiriman. Faktor sosial seperti kehadiran kelompok etnis yang besar dapat memunculkan peluang bagi layanan khusus yang ditargetkan untuk kelompok tersebut. Sebuah faktor regulasi yang mesti dipertimbangkan adalah dimasukkannya farmasis sebagai penyedia layanan manajemen terapi obat (MTM) jasa di bawah Medicare Bagian D.

Analisis SWOT

Selain mengidentifikasi pengaruh penting dalam lingkungan makro, lingkungan mikro juga harus dievaluasi (McDonough et al., 1998). Ini berarti bahwa para pemangku kepentingan yang penting di pasar harus diidentifikasi dan dinilai: *Pemangku kepentingan* adalah siapa saja yang dapat memengaruhi keberhasilan praktik. Pemangku kepentingan termasuk penyedia layanan kesehatan lainnya, pembayar pihak ketiga, pengusaha, tokoh masyarakat, dan lembaga-lembaga publik. Pemangku kepentingan dapat memengaruhi praktik farmasi dengan mendukung atau menentang ide-ide layanan baru, membantu dalam upaya pemasaran, dan memengaruhi norma-norma perawatan setempat. Sebagai contoh, bagian kesehatan dalam satu komunitas dapat mendukung farmasis sebagai penyedia layanan pemeriksaan kesehatan, sedangkan lembaga yang sama di masyarakat lain mungkin tidak.

Untuk proses perencanaan, manajer apotek dapat memindai pasar mereka dengan menilai sumber informasi publik tentang berbagai pemangku kepentingan. Sebagai contoh, iklan dan halaman *Web* dapat informatif. Juga pihak yang tertarik seperti perwakilan produsen farmasi dapat memberikan informasi bermanfaat yang dapat dimasukkan ke dalam analisis SWOT. Sebuah analisis SWOT menilai kekuatan (*strength*) dan kelemahan (*weakness*) internal dari apotek dalam konteks peluang (*opportunity*) dan ancaman (*threat*) yang mungkin ada dalam lingkungan eksternal (Kotler, 2001). Walaupun analisis SWOT memungkinkan sebuah apotek untuk meningkatkan proses manajemen pemasaran secara menyeluruh, analisis SWOT khususnya sangat berguna selama perencanaan (lihat Bab 3 dan 4). Analisis SWOT

dapat membantu dalam mengidentifikasi kemungkinan peluang, menghilangkan peluang yang buruk, memandu pilihan dalam target pemasaran, dan mengalokasikan sumber daya yang langka untuk upaya pemasaran.

Melalui analisis SWOT, manajer apotek dapat mengidentifikasi daerah-daerah tempat upaya pemasaran yang kemungkinan besar akan berhasil. Sebagai contoh, sebuah kelompok kecil pasien dengan kebutuhan yang belum terpenuhi mungkin merupakan target pasar yang lebih menarik bagi layanan apotek baru daripada kelompok yang lebih besar tapi sudah dilayani oleh beberapa pesaing. Selain itu, analisis SWOT dapat membantu apotek untuk fokus pada peluang pasar yang mengambil keuntungan dari kekuatan apotek.

Kasus: Evaluasi Pasar

Pertimbangkan cara yang dapat dipakai Dr Butler untuk mengevaluasi pasar Feel Great Pharmacy. Dia melakukan beberapa pemindaian pasar dan kemudian menyiapkan analisis berikut ini dari lingkungan apoteknya:

Ada 45 apotek di Church Cliff. Termasuk apotek jaringan (16), *mass merchandiser* (8), apotek toko grosir (12), dan apotek independen (9). Ada 4 rumah sakit dan 12 klinik yang mendukung 200 dokter dan staf. Dari jumlah tersebut, Sistem Kesehatan Elvin mengoperasikan 2 rumah sakit dan 4 klinik medis dengan 60 dokter praktik pada fasilitas mereka. Salah satu klinik yang besar telah mengembangkan layanan perawatan diabetes yang dijalankan oleh seorang endokrinologis, dengan pendidik diabetes tersertifikasi tersedia di lokasi. Sistem Kesehatan Elvin baru-baru ini memasukkan sistem catatan pasien elektronik yang terhubung ke rumah sakit dan kliniknya. Selain Sistem Kesehatan Elvin, ada dua klinik multispesialis yang tiap-tiap memiliki sekitar 20 dokter serta sejumlah klinik dan praktisi swasta yang memiliki jumlah dokter dan tipe spesialisasi yang lebih sedikit. Termasuk sebuah klinik kecil yang dioperasikan oleh sekelompok dari tiga ahli alergi.

Kondisi ekonomi Church Cliff beragam, dengan selusin pengusaha besar di bidang industri manufaktur dan jasa. Sebuah pengecekan data Sensus Amerika Serikat Church Cliff (www.census.gov) menemukan bahwa meskipun mayoritas penduduk Kaukasia (75 persen), telah terjadi pertumbuhan yang cepat jumlah populasi Hispanik (12 persen) dan Asia (10 persen) dalam 10 tahun terakhir. Umumnya penduduk berpendidikan cukup, dengan lebih dari 90 persen telah menyelesaikan sekolah menengah atas dan 30 persen telah menyelesaikan minimal 4 tahun kuliah. Sekitar 16 persen dari populasi berusia di atas 65 tahun.

Ketika meninjau catatan resep apoteknya dan berbicara dengan dokter setempat, Dr Butler menemukan bahwa di sana tampak sejumlah pasien dengan berbagai kondisi kronis, termasuk penyakit kardiovaskular, hipertensi, dan diabetes.

Terdapat kombinasi yang umum dari para pembayar untuk perawatan (yakni, Medicaid 10 persen, Medicare 20 persen, asuransi swasta 60 persen, dan 10 persen tidak ada asuransi) dengan penetrasi tinggi dari *managed care* (terutama di kalangan pegawai dari pabrik besar). Elvin Health HMO telah menanggung 30.000 jiwa, sedangkan beberapa organisasi *managed-care* yang lebih kecil menanggung tambahan 60.000 jiwa. Meskipun kebanyakan pasien memiliki beberapa penanggungan untuk obat resep, penanggungan itu digunakan untuk membayar *copayment* yang cukup tinggi (misalnya, \$15 sampai \$30 per resep).

Church Cliff memiliki satu koran harian dan tiga koran mingguan. Ada juga delapan stasiun radio, dua stasiun TV, dan layanan TV kabel. Sekitar 70 persen dari rumah tangga Church Cliff memiliki akses internet.

Dr Butler percaya bahwa keamanan obat baru-baru ini menjadi isu yang lebih diperhatikan di masyarakatnya. Artinya, lebih banyak orang berpikir tentang bagaimana obat dapat digunakan dengan aman. Negara bagiannya memungkinkan perjanjian praktik kolaboratif antara dokter dengan farmasis. Dia mengidentifikasi dua pemasok dari jalur ekstensif suplemen gizi dan produk herbal. Kedua pemasok ini memiliki produk-produk yang berkualitas tinggi, tetapi hanya satu yang memiliki program promosi.

Tabel 21-1 menunjukkan poin penting dari analisis SWOT untuk Feel Great Pharmacy. Dr. Butler mengakui bahwa kelompok pasien tertentu dalam masyarakatnya dengan kondisi kronis yang umum dapat menjadi target bagi barang dan jasa apoteknya, seperti produk herbal, layanan manajemen status penyakit, atau layanan kesehatan. Dia juga berbicara dengan seseorang di salah satu klinik medis besar tanpa layanan diabetes dan menemukan bahwa klinik tersebut tertarik untuk menambahkan layanan itu. Mengetahui bahwa orang berpendidikan cenderung menggunakan suplemen dan vitamin herbal, dia memandang kelompok itu sebagai sebuah peluang. Akhirnya, ia mengetahui bahwa populasi orang dewasa tua di Church Cliff menggunakan banyak obat-obatan dan dapat memperoleh manfaat dari layanan khusus.

Dr Butler mengidentifikasi empat ancaman utama untuk Feel Great Pharmacy. Sebuah ancaman yang menonjol adalah bahwa apotek jaringan ritel (yaitu, apotek jaringan, *mass merchandiser*, dan jaringan grosir) memberi tekanan pada bisnis peracikan Feel Great Pharmacy. Selain itu, dia tahu bahwa pertumbuhan jaringan itu telah mengakibatkan kekurangan farmasis secara relatif di Church Cliff. Ketiga, Dr Butler berbicara dengan seorang teman tentang bagaimana kelompok alergi setempat adalah penentang keras farmasis yang menjalankan layanan manajemen asma. Dokter melihat layanan tersebut sebagai serangan pada wilayah mereka. Akhirnya, ia mencatat bahwa apotek yang independen telah mengembangkan layanan peracikan yang sukses.

Dr. Butler mengidentifikasi tiga kekuatan spesifik Feel Great Pharmacy. Salah satunya adalah bahwa Great Pharmacy memiliki pasien yang setia karena fakta bahwa ia menyediakan waktu untuk mengenal para pasien secara pribadi dan dengan senang hati memberi konseling setiap pasien tentang obatnya. Farmasis di Feel Great Pharmacy juga memiliki keterampilan klinis yang baik dan pengetahuan terapi obat saat ini. Hal ini telah menciptakan reputasi apotek yang baik di kalangan sebagian besar dokter setempat. Ketiga, Feel Great Pharmacy memasang sistem peracikan otomatis 6 bulan yang lalu. Sistem ini telah membebaskan farmasis sehingga dapat menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien.

Dr Butler juga menggambarkan tiga kelemahan Feel Great Pharmacy. Pertama, salah satu farmasis yang lebih tua telah menyatakan keengganan untuk memberikan layanan baru apotek. Dia berkata bahwa ia selalu meracik dan ingin terus melakukan itu. Selain itu Dr. Butler dan staf Feel Great Pharmacy lainnya memiliki sedikit pengalaman dalam menyediakan layanan farmasi selain peracikan. Pengalaman seperti itu dapat mengakibatkan kesalahan ketika mereka mengembangkan penawaran layanan baru. Ketiga, Feel Great Pharmacy mungkin perlu direnovasi untuk menciptakan ruang pribadi lebih luas untuk layanan baru yang akan diberikan. Dia bertanya-tanya apakah Feel Great Pharmacy akan mampu mendukung layanan MTM.

Setelah mengevaluasi Church Cliff sebagai pasar untuk layanan baru apotek yang ditawarkan oleh Feel

Great Pharmacy, Dr Butler sudah siap untuk beralih ke langkah berikutnya dalam proses manajemen pemasaran: merencanakan strategi dan taktik pemasaran. Cara terbaik untuk mengatur perencanaan tersebut adalah dengan mempersiapkan rencana pemasaran.

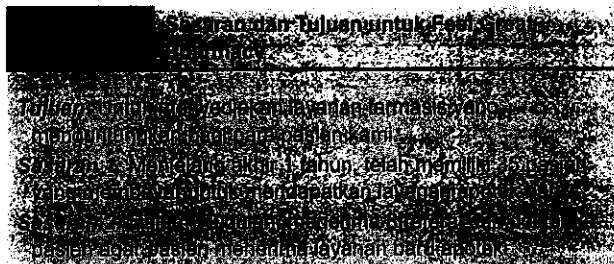
■ MENYIAPKAN RENCANA PEMASARAN

Sebuah *rencana pemasaran* menggambarkan barang dan jasa apa yang akan ditawarkan apotek, dan pada kelompok mana usaha pemasaran tersebut akan ditargetkan, dan kegiatan pemasaran khusus itu akan dilakukan. Rencana pemasaran dibangun berdasarkan analisis yang dilakukan selama tahap evaluasi, khususnya analisis SWOT. Termasuk dalam rencana pemasaran haruslah proses untuk memantau hasil dari rencana sehingga penyesuaian yang diperlukan dapat dibuat. Elemen rencana pemasaran meliputi (1) analisis SWOT, (2) tujuan dan sasaran, (3) target pasar, (4) bauran pemasaran, dan (5) proses kontrol (McDonough et al., 1998; Schwartz dan Sogol, 1987). Analisis SWOT yang dilakukan pada saat evaluasi pasar akan memberikan informasi penting yang dapat membentuk keputusan tentang bagian-bagian lain dari rencana pemasaran.

Tujuan dan Sasaran

Sebuah rencana pemasaran harus berisi serangkaian pernyataan tujuan yang mengarah pada sasaran yang ingin dicapai oleh apotek. Pernyataan tujuan bersifat umum dan

Kekuatan	Kelemahan
1. Feel Great Pharmacy memiliki pasien setia karena waktu yang dihabiskan untuk mengenal para pasien secara pribadi dan dengan senang hati memberi konseling setiap pasien tentang obatnya.	1. Salah satu farmasis yang lebih tua telah menyatakan keengganan untuk memberikan layanan baru apotek. Dia berkata bahwa ia selalu meracik dan ingin terus melakukan itu.
2. Farmasis di Feel Great Pharmacy juga memiliki keterampilan klinis yang baik dan pengetahuan terapi obat saat ini.	2. Dr. Butler dan staf Feel Great Pharmacy lainnya memiliki sedikit pengalaman dalam menyediakan layanan farmasi selain peracikan.
3. Feel Great Pharmacy telah memasang sistem peracikan otomatis 6 bulan yang lalu.	3. Feel Great Pharmacy mungkin perlu direnovasi untuk menciptakan ruang pribadi lebih luas untuk layanan baru yang akan diberikan.
4. Feel Great Pharmacy telah menciptakan reputasi apotek yang baik di kalangan sebagian besar dokter setempat.	4. Apakah Feel Great Pharmacy akan mampu mendukung layanan MTM?
5. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.	5. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.
6. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.	6. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.
7. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.	7. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.
8. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.	8. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.
9. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.	9. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.
10. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.	10. Pasien dengan kondisi kardiovaskular termasuk hipertensi dan hiperlipidemia.



memberikan arahan bagi praktik untuk memenuhi misi apotek. Tiap-tiap pernyataan memiliki tujuan tertentu berupa hasil yang diperlukan untuk memenuhi tujuan. Tujuan yang dikembangkan untuk rencana itu haruslah dinyatakan secara jelas, realistis, dan terukur (Rothschild, 1987). Melalui tujuanlah seorang farmasis dapat menentukan tingkat keberhasilan rencana pemasaran mereka. Sebuah rencana pemasaran dengan tujuan yang jelas dan dapat diukur bisa memberikan farmasis mekanisme umpan balik untuk mengubah dan memperbaiki komponen tertentu dari rencana. Untuk mencapai tujuan dan sasaran, seseorang harus menyelesaikan tugas-tugas khusus sesuai dengan kerangka waktu sesuai dengan jangka waktu yang wajar untuk penyelesaian setiap tugas. Tabel 21-2 memberikan contoh pernyataan tujuan dan sasaran yang terkait.

Ketika tujuan dan sasaran sudah dikembangkan, kita harus menyediakan waktu untuk memikirkan kelompok konsumen (target pasar) yang dapat memperoleh manfaat dari barang dan jasa yang ditawarkan oleh praktik. Tujuan dari kegiatan pemasaran apotek adalah untuk mendorong pertukaran dengan pasien yang membutuhkan dan mungkin memperoleh manfaat dari layanan yang diberikan oleh apotek.

Target Pasar

Kegiatan pemasaran harus membantu orang untuk mendapatkan manfaat dari barang atau jasa yang dipasarkan. Diharapkan bahwa orang akan memiliki tingkat yang berbeda dalam hal yang mereka percayai bahwa pembelian produk tersebut akan membawa manfaat atau nilai bagi mereka. Jadi prinsip kunci dalam pemasaran telah mengarahkan upaya pemasaran terhadap sekelompok orang yang diharapkan mendapat manfaat dari produk (Kotler, 2001). Kelompok yang aktivitas pemasaran diarahkan kepadanya ini disebut *target pasar*. Memfokuskan upaya pemasaran pada kelompok-kelompok seperti itu dapat membawa efisiensi terhadap pemasaran apotek.

Identifikasi target pasar melibatkan *segmentasi pasar*. Ini adalah proses pengelompokan konsumen yang memiliki

keinginan atau kebutuhan yang sama ke dalam kluster-kluster sehingga apotek dapat merespons dengan menyesuaikan barang dan jasa kepada kluster tersebut (Holdford, 2003). Biasanya, satu atau lebih segmen pasar yang ditargetkan dan dianggap sebagai target pasar.

Target pasar harus memiliki beberapa karakteristik agar menjadi menarik. Salah satu karakteristiknya adalah bahwa segmen harus *dapat diidentifikasi*. Yaitu, sejauh mana kelompok itu dapat diprofilkan? Sebagai contoh, distribusi usia, jenis kelamin, atau ukuran keluarga bisa dipertimbangkan. Karakteristik kedua target pasar adalah *aksesibilitas*, atau tingkat sejauh mana individu di pasar dapat dijangkau melalui pemasaran. Bagaimana individu dalam segmen pasar tersebar secara geografis di seluruh pasar? Apakah mungkin bahwa mereka dapat dijangkau melalui gerai media massa umum seperti koran lokal?

Sasaran pasar yang menarik terdiri dari individu yang bersedia dan mampu membeli barang atau jasa yang dipasarkan. Ketersediaan untuk membayar berkaitan dengan nilai yang diharapkan seseorang peroleh dari pembelian produk. Kemampuan orang untuk membayar layanan apotek dapat dipengaruhi oleh tanggungan asuransi mereka. Dalam ketiadaan tanggungan asuransi dari layanan apotek, ketersediaan dan kemampuan membayar langsung harus dipertimbangkan ketika mengevaluasi target pasar. Demikian pula, *profitabilitas* target pasar menjadi atribut perhatian. Ini berarti bahwa pendapatan yang diharapkan dari kelompok harus melebihi biaya yang diperkirakan dalam melayani mereka. Karakteristik terakhir target pasar yang menguntungkan adalah *kompatibilitas* dengan apotek. Target pasar harus sesuai dengan kelompok lain yang dilayani dan konsisten dengan citra apotek.

Ketika mengidentifikasi target pasar untuk apotek, informasi dapat dikumpulkan dari berbagai sumber. Tempat awal yang berguna adalah informasi pasien yang tersimpan dalam sistem komputer apotek (Doucette dan Mc Donough, 2002). Misalnya, orang yang telah diberikan obat statin paling tidak dua kali selama 6 bulan dapat diidentifikasi. Orang-orang ini bisa lebih jauh dikarakterisasi dengan membuat tabulasi status asuransi, usia, jenis kelamin, dan kehadiran komorbiditas tertentu seperti hipertensi atau diabetes. Demikian juga dengan alamat rumah dan klinik dokter bisa menjadi perhatian juga. Tabel 21-3 menggambarkan dua target pasar untuk Feel Great Pharmacy.

Di luar catatan apotek sendiri, informasi yang berguna mengenai target pasar potensial dapat dikumpulkan dari sumber lain. Para ahli bisa diwawancarai, seperti farmasis lain, perwakilan industri farmasi, dokter, dan administrator. Orang-orang ini dapat membantu untuk mengidentifikasi kebutuhan yang tak terpenuhi dan peluang yang ada, ini akan

Target pasar, Bauran Pemasaran, dan Proses Kontrol untuk Real Green Pharmacy

Target pasar: Target pasar adalah orang-orang muda (lebih muda dari 30 tahun) yang aktif dan sehat yang memiliki gaya hidup aktif. Mereka adalah orang-orang yang peduli dengan kesehatan mereka dan ingin menjaga kesehatan mereka dengan cara yang alami. Mereka adalah orang-orang yang bersedia membayar lebih untuk produk yang berkualitas dan yang dapat membantu mereka mencapai tujuan kesehatan mereka. Mereka adalah orang-orang yang memiliki pengetahuan tentang kesehatan dan gizi, dan yang ingin mendapatkan informasi yang akurat dan terpercaya. Mereka adalah orang-orang yang memiliki pandangan yang positif tentang kesehatan dan gizi, dan yang ingin mendapatkan informasi yang akurat dan terpercaya. Mereka adalah orang-orang yang memiliki pandangan yang positif tentang kesehatan dan gizi, dan yang ingin mendapatkan informasi yang akurat dan terpercaya.

Bauran Pemasaran: Program Stay Fit ditujukan untuk target pasar 1, program ini menyediakan pengukuran utama bagi klien untuk mengetahui mereka menilai dan menilai kegiatan keseharian dan kebiasaan mereka. Analisis lemak tubuh dan resting metabolic rate (RMR) akan dilakukan di apotek dengan peralatan yang akan disediakan. Sesi konseling nutrisi selama 20 menit akan fokus pada perilaku nutrisi tepat yang akan membantu klien dalam mencapai tujuan. Apotek akan menambahkan basis produk suplemen nutrisi bening dan nutrisi yang tersedia saat rekomendasi yang tepat diberikan. Layanan dalam program ini:

1. Analisis lemak tubuh
2. Penilaian RMR
3. Konseling nutrisi

Program Med Check: Ditujukan untuk target pasar 2, program MTM ini membantu pasien mendapatkan terapi obat yang aman dan efektif. Program ini meliputi obat resep, obat-obatan OTC, dan produk-produk herbal yang digunakan oleh seorang pasien. Pasien akan menerima kajian komprehensif dari semua obat-obatan mereka, dengan laporan tertulis dan edukasi pasien tentang tiap masalah yang berhubungan dengan obat yang mereka gunakan (misalnya, masalah dosis dan duplikasi). Seorang farmasis akan bekerja dengan pasien dan dokter mereka untuk mengembangkan sebuah rencana untuk mengatasi masalah-masalah yang berhubungan dengan obat. Layanan dalam program ini:

1. Tinjauan regimen obat dan edukasi pasien secara komprehensif
2. Pengembangan rencana untuk mengelola semua masalah yang berhubungan dengan obat dengan koordinasi bersama pasien dan dokter

Tempat: Baik Program Stay Fit dan Med Check akan diberikan di apotek.

Harga: Setiap layanan akan tersedia sebagai sebuah program lengkap atau sebagai komponen layanan terpisah. Program Stay Fit secara lengkap dikenakan biaya \$130, yang mencakup tiap-tiap dari tiga layanan. Komponen biaya secara terpisah adalah sebagai berikut: analisis lemak tubuh, \$65; RMR, \$60; dan konseling gizi, \$35. Med Check berbiaya \$95, yang akan menyertakan biaya analisis lemak tubuh dan RMR, termasuk laporan tertulis, dan konseling nutrisi untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang berhubungan dengan obat dan komunikasi dengan dokter untuk mengatasi masalah-masalah yang berhubungan dengan obat. Biaya tambahan untuk layanan Med Check akan berdasar biaya sebesar \$100 untuk tiap kunjungan.

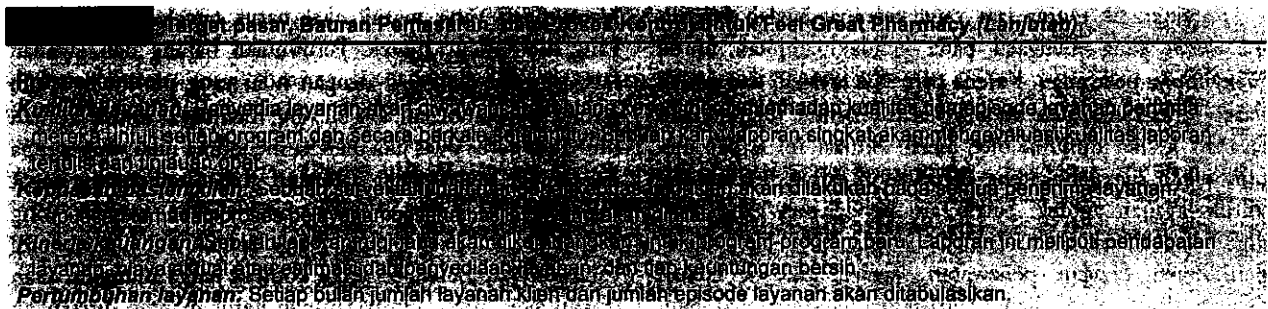
1. Analisis lemak tubuh dan penilaian RMR akan dilakukan di sebuah klinik kebugaran setempat selama peristirahat busu.
2. Iklan untuk program akan dipromosikan Program Stay Fit dan Program Med Check. Iklan Program Stay Fit akan ditempatkan di bagian olahraga dan iklan Med Check akan berada di bagian kesehatan.
3. Timah aluminium untuk obat-obatan akan disediakan di klinik kebugaran dan akan diberikan kepada semua dokter setempat.
4. Semua masalah kesehatan yang Med Check akan dikirimkan kepada dokter yang menggunakan setidaknya lima obat dalam regimen.

Proses: Informasi yang secara pribadi mengelola data akan dimasukkan ke dalam file yang ditulis dan diserahkan kepada sebuah kantor lokal. Selain apotek akan mampu memberikan informasi untuk setiap individu yang memiliki program itu di apotek. Kesempatan seperti itu akan menjadi sangat penting untuk dengan pasien, khususnya untuk Program Med Check.

Manajemen: Sebuah sistem pendaftaran akan diperlukan untuk mengelola layanan baru ini. Awalnya, layanan akan dikelola oleh manajer apotek dan akan dikelola oleh manajer apotek yang akan mengelola layanan. Selama waktu yang akan datang, sistem akan ada untuk memberikan layanan yang lebih banyak. Farmasis akan dirotasi sebagai penyedia layanan dalam cara yang biasa dilakukan.

Personel: Farmasis akan menjadi penyedia layanan utama. Mereka akan memberikan tinjauan obat dan edukasi pasien untuk Program Med Check. Selain itu, farmasis akan memberikan konseling nutrisi untuk Program Stay Fit. Semua farmasis akan dilatih di bidang nutrisi dan suplemen, melakukan tinjauan regimen obat, berkomunikasi dengan dokter tentang masalah yang berhubungan dengan obat dan teknik penjualan pribadi. Teknis medis akan dipekerjakan dan dilatih untuk melakukan analisis lemak tubuh dan penilaian RMR. Seorang ahli gizi akan dipekerjakan untuk membantu pelatih nutrisi dan menjadi konsultan jika diperlukan. Semua apotek akan dilatih agar terbiasa dengan proses untuk kedua program baru itu.

Fasilitas fisik: Area pasien layanan yang berbeda dari area peracikan obat akan dibuat. Ruangan akan menggunakan sekat ruangan agar terdapat privasi saat melakukan tes dan memungkinkan edukasi serta sesi konseling. Ruang akan cukup besar agar memuat peralatan, meja atau meja, kursi, dan komputer. Sistem catatan pasien yang dapat terhubung dengan perangkat lunak peracikan akan digunakan.



membantu dalam menyeleksi target pasar. Lebih jauh, diskusi semacam itu dapat membantu untuk menghapus potensi target pasar yang potensial. Untuk membantu mengukur ukuran target pasar, data sensus dapat digunakan (misalnya, www.census.gov). Setelah target pasar telah dipilih, proses perencanaan dapat dilanjutkan ke pertimbangan bauran pemasaran.

Bauran Pemasaran

Bauran pemasaran adalah seperangkat keputusan yang apotek buat untuk memasarkan barang dan jasanya. Bauran pemasaran jasa dapat dipandang sebagai delapan P: *product* (produk), *place* (tempat), *price* (harga), *promotion* (promosi), *process* (proses), *personnel* (personel), *physical facility* (sarana fisik), serta *productivity and quality* (produktivitas dan kualitas) (lihat Tabel 21-3). Keputusan produk berfokus pada apa yang tersedia untuk pembelian. *Produk* mungkin hanya berupa barang atau hanya layanan atau kombinasi antara barang dan pelayanan. *Tempat* melibatkan pertimbangan tentang tempat produk dapat dibeli atau diterima. Keputusan *harga* menentukan berapa banyak yang harus dibayar pelanggan atau pasien untuk produk tersebut. *Promosi* melibatkan bagaimana apotek akan memberi tahu orang-orang tentang barang dan jasanya. *Manajemen proses* berurusan dengan kesesuaian antara barang dan jasa yang ditawarkan di apotek. Keputusan juga perlu dibuat tentang *personel* yang akan menyediakan layanan apotek tertentu. Keputusan *fasilitas fisik* berkaitan dengan perlunya perubahan dalam tata letak dan peralatan apotek yang diperlukan untuk menjual barang dan jasa. Akhirnya, *produktivitas* penyedia layanan, seperti jumlah pasien yang dilayani dalam satu hari, perlu dipantau dan dikelola.

Produk adalah sesuatu yang mampu memuaskan keinginan dan kebutuhan pasien. Produk dapat mencakup barang, jasa, tempat, dan ide. *Barang* adalah objek fisik yang dapat memenuhi kebutuhan konsumen dan termasuk obat resep, produk *over-the-counter* (OTC), dan barang-barang lain yang biasa ditemukan di apotek. Di sisi lain, *layanan* adalah kegiatan yang dilakukan oleh salah satu pihak untuk pihak yang lain dan pada dasarnya tidak berwujud. Layanan dari

apotek termasuk MTM, manajemen diabetes, manajemen asma, manajemen lipid darah, imunisasi, dan manajemen antikoagulasi. Farmasis rumah sakit telah mengembangkan layanan yang mereka berikan kepada pasien, serta kepada dokter, seperti farmakokinetik pendosisan dan pelayanan informasi obat.

Layanan memiliki empat karakteristik utama yang memengaruhi keputusan pemasaran yang dibuat mengenai-nya: tidak berwujud, tidak dapat dipisahkan, variabilitas, dan kecepatan rusak (Mc Donough, Sobotka, dan Doucette, 2003). Tidak seperti barang, jasa tidak dapat dilihat, dicicipi, atau dirasakan sebelum dibeli. Sifat *tidak-berwujud* seperti itu menyulitkan pasien untuk menentukan nilai layanan. Sebagai contoh, seorang pasien yang telah mengalami layanan pengelolaan asma mungkin akan mengalami kesulitan dalam menentukan apakah ia mendapat pelayanan sesuai dengan uang yang diberikan. Hal ini dapat diatasi dengan memasukkan sesuatu yang berwujud ke dalam layanan, seperti laporan atau formulir tertulis.

Layanan *tidak dapat dipisahkan* mengacu pada situasi layanan yang biasanya diproduksi dan dikonsumsi pada waktu yang sama. Ini berarti bahwa penyedia layanan dan pasien keduanya bagian dari pengalaman layanan. Dengan demikian interaksi penyedia-pasien merupakan aspek penting dari pelayanan apotek. Interaksi layanan dapat berjalan lebih lancar jika baik penyedia maupun pasien sudah siap untuk melakukan tiap-tiap bagian mereka. Beberapa upaya, seperti menggunakan brosur, dapat dibuat untuk "melatih" pasien untuk membantu episode layanan berjalan sesuai dengan rencana.

Karena pengalaman layanan banyak bergantung pada siapa yang menyediakannya, pengalaman semacam itu merupakan variabel. *Variabilitas* dapat diatasi dengan mempekerjakan dan melatih personel yang secara konsisten memberikan layanan berkualitas tinggi. Untuk layanan apotek, ini sering berarti bahwa farmasis harus memiliki pengetahuan klinis yang tepat. Selain itu, semua personel yang terlibat dalam penyediaan layanan harus berpengetahuan secara menyeluruh tentang proses layanan. Ini termasuk para penyedia layanan, serta personel pendukung yang mungkin tidak benar-benar berinteraksi dengan pasien.

Karakteristik utama jasa yang keempat adalah *kecepatan rusak*, yang mengacu pada ketidakmampuan untuk menyimpan pelayanan. Karena penyedia layanan dan pasien harus sama-sama ada, apotek harus mampu memberikan layanan ketika diminta oleh klien. Situasi ini dapat menimbulkan masalah karena permintaan sering berfluktuasi untuk layanan apotek. Salah satu pendekatan yang telah digunakan untuk mencocokkan dengan lebih baik antara permintaan dengan penawaran layanan apotek adalah dengan sistem perjanjian. Artinya, pasien membuat janji bertemu dengan farmasis untuk layanan di masa mendatang, mirip dengan penjadwalan kunjungan klinik dengan seorang dokter. Walaupun layanan menyebabkan tantangan pemasaran, sebagian besar tantangan tersebut dapat dikelola dengan cara tertentu.

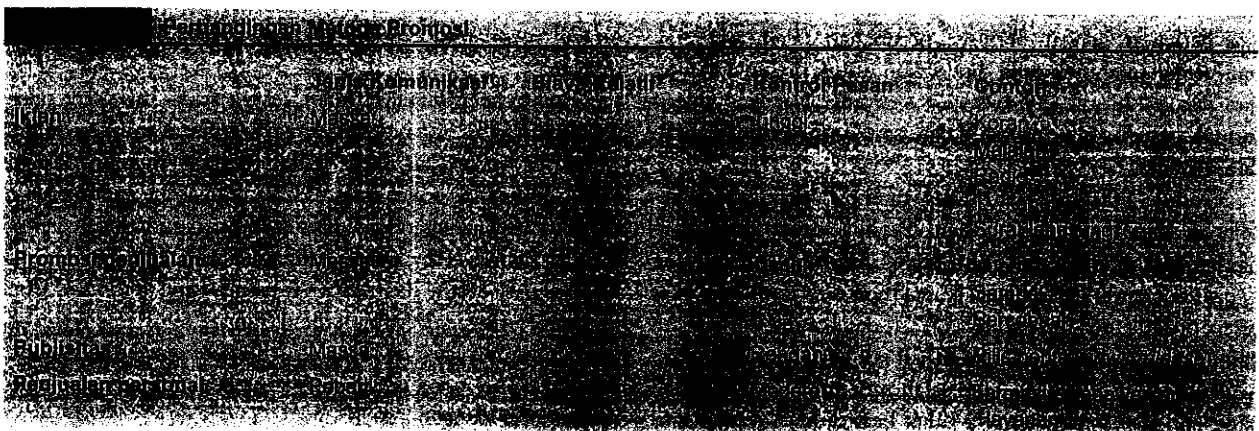
Komponen bauran pemasaran lain adalah *tempat*. Sebagian besar produk-produk farmasi hanya tersedia di apotek. Akan tetapi, karena beberapa pasien tidak dapat mengunjungi apotek, barang dan jasa dapat disediakan di luar apotek. Sebuah pelayanan tradisional dengan mengantarkan obat resep ke rumah pasien adalah salah satu contoh. Versi lain dari layanan yang diberikan di luar apotek adalah menyediakan farmasis yang memberikan layanan di rumah pasien. Sebagai contoh, misalnya kunjungan rumah dapat dibuat bagi pasien yang memiliki kecacatan. Beberapa apotek juga menawarkan layanan mereka di tempat kerja. Sebagai contoh, manajemen status-penyakit dan pelayanan imunisasi telah diberikan oleh apotek kepada karyawan di tempat kerja mereka (Wilson et al., 2003). Farmasis rumah sakit dapat menyediakan barang dan jasa di apotek atau di daerah perawatan pasien.

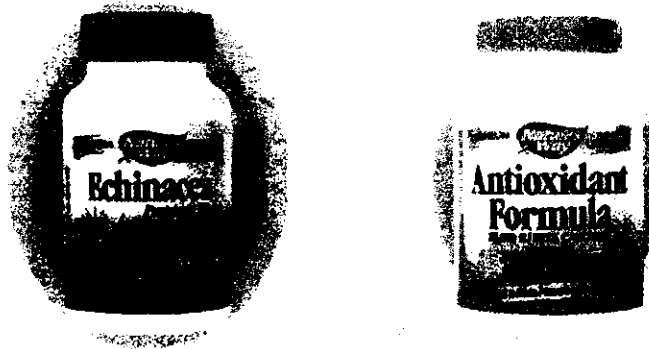
Harga merupakan variabel bauran pemasaran. Menetapkan harga yang tepat adalah penting untuk keberhasilan pemasaran layanan baru apapun. Pertimbangan penting dalam menetapkan biaya untuk barang dan layanan farmasi termasuk perkiraan biaya penyediaan layanan (misalnya, gaji dan tunjangan, bahan, dan *overhead*), permintaan untuk layanan, dan persaingan dari penyedia lainnya. Selain biaya,

keuntungan yang masuk akal harus tercakup oleh harga yang ditawarkan apotek. Permintaan barang dan layanan farmasi akan dikaitkan dengan nilai yang pasien harapkan terima dari pembelian. Pasien yang membayar untuk layanan mungkin harus puas jika mereka menerima nilai yang serupa dengan apa yang mereka harapkan. Kehadiran pesaing dapat memengaruhi harga dengan menyediakan standar yang dapat dibandingkan dengan harga apotek itu. Jika asuransi yang terlibat, maka potongan kontrak harga mungkin akan ditentukan. Harga untuk layanan harus mantap ditetapkan sebelum tahap promosi dimulai.

Promosi merupakan komponen vital dari bauran pemasaran yang dimaksudkan untuk memberi tahu orang-orang dalam target pasar tentang ketersediaan barang dan layanan yang dapat memenuhi kebutuhan mereka. Beberapa metode promosi dapat digunakan dalam bauran promosi apotek itu, termasuk iklan, promosi penjualan, publisitas, dan penjualan personal (Rothschild, 1987). Lihat Tabel 21-4 untuk perbandingan metode promosi. Iklan dibayar, promosi nonpersonal oleh sponsor biasanya menggunakan media massa. Iklan menyediakan kontrol yang baik dari sebuah pesan karena sponsornya membayar. Akan tetapi, iklan, khususnya melalui media penyiaran (misalnya, TV dan radio), bisa menjadi mahal. Pilihan media tertentu bergantung pada pesan, target pasar, dan anggaran apotek. Berbagai media dapat memberikan informasi yang menggambarkan pembaca atau pendengar untuk publikasi atau program spesifik. Gambar 21-1 memperlihatkan sebuah iklan cetak untuk produk herbal yang tersedia di Feel Great Pharmacy.

Penyuratan langsung yang ditargetkan (*targeted direct mailing*) dapat menjadi pendekatan yang efisien untuk iklan. Daftar alamat target dapat berasal dari catatan apotek, daftar nama anggota layanan dan kelompok penunjang, direktori telepon, serta informasi yang dikumpulkan selama acara khusus. Penyuratan ini biasanya termasuk surat dan sering juga sepotong promosi cetak (misalnya, brosur). Penyuratan ini harus disesuaikan untuk menyampaikan pesan tertentu





Tetap Sehat Secara Alami dengan Produk Herbal

Echinacea—Mendukung sistem kekebalan tubuh & meningkatkan kesehatan selama musim dingin/ flu

Antioksidan—Melindungi banyak sistem tubuh dengan memerangi radikal bebas yang dapat merusak sel

Lihatlah daftar lengkap produk herbal & nutrisi kami

Feel Great Pharmacy
249 W. Main Street
Church Cliff, VA 22022

703-458-3210
www.feelgreatpharmacy.com

Gambar 21-1. Iklan cetak produk herbal.

kepada audiens terpilih. Sampul surat haruslah sederhana dan ditulis pada tingkat yang tepat untuk audiens. Sebagai contoh, surat yang mengumumkan sebuah layanan baru manajemen asma disertai brosur dapat dikirimkan ke semua pasien yang menggunakan obat asma dari apotek. Secara keseluruhan, penyuratan langsung harus menyeimbangkan antara penyediaan informasi tentang barang atau jasa dengan bujukan terhadap anggota target pasar agar mencoba atau mengetahui lebih lanjut tentang hal itu. Tabel 21-5 menunjukkan isi sebuah brosur tentang Program Med Check di Feel Great Pharmacy.

Promosi penjualan mengacu pada penggunaan pendorong jangka pendek untuk merangsang pembelian barang atau jasa. Termasuk dalam metode promosi adalah penjualan kupon, sampel, dan percobaan (*trial*). Maksudnya adalah menurunkan biaya untuk pasien sehingga mereka dapat mencoba barang atau jasa. Pendekatan seperti ini dapat berguna ketika memperkenalkan layanan baru. Sebuah percobaan berbiaya rendah akan memungkinkan pasien untuk menilai nilai pelayanan bagi mereka. Kekhawatiran mengenai promosi penjualan ini adalah bahwa orang bisa datang hanya mengharapkan harga diskon. Artinya, mereka hanya ingin membeli barang atau jasa ketika ada promosi penjualan saja. Penggunaan promosi penjualan yang bijaksana dengan teknik promosi lain dapat membatasi masalah ini. Lihat Gambar 21-2 untuk contoh kupon diskon layanan.

Publisitas adalah informasi nonpersonal tentang suatu produk atau organisasi yang tidak dibayar oleh organisasi. Karena publisitas tidak dibayar oleh apotek, publisitas dapat berisi informasi positif atau informasi negatif. Artinya, kontrol pesan dalam publisitas jauh lebih sedikit dibandingkan dengan periklanan. Bagaimanapun, publisitas biasanya dipandang lebih dapat dipercaya dibandingkan dengan iklan. Memberitahu media berita lokal (misalnya, TV atau stasiun radio atau surat kabar) tentang peristiwa atau prestasi khusus yang diperoleh apotek dapat merangsang publisitas. Tabel 21-6 menunjukkan sebuah rilis berita tentang pentingnya tinjauan obat.

Metode promosi yang keempat adalah *penjualan personal* yang merupakan komunikasi antarpribadi mengenai barang atau jasa. Salah satu model penjualan pribadi layanan apotek menggambarkan dialog antara seorang farmasis dan seorang pasien yang berisi lima langkah: (1) menilai informasi pasien, (2) mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat menyelidik, (3) menyajikan fitur dan manfaat dari layanan, (4) mengatasi kekhawatiran, dan (5) menawarkan layanan (McDonough dan Doucette, 2003). Langkah awal pada interaksi seperti itu melibatkan pengumpulan informasi tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien untuk mengidentifikasi kekhawatiran tentang kesehatan mereka. Saat kebutuhan kesehatan pasien yang penting telah teridentifikasi, farmasis menentukan apakah layanan apotek dapat membantu pasien.

Isi Pamflet untuk Program Med Check

Program Med Check

Program Med Check membuat pikiran Anda tenang mengenai obat yang Anda konsumsi. Kami akan menjawab pertanyaan tentang obat-obatan Anda. Anda akan yakin bahwa obat-obatan yang Anda gunakan aman, efektif, dan sesuai. Farmasis kami akan bekerja sama dengan Anda dalam mengelola kesehatan Anda.

Med Check Menyediakan Tiga Layanan yang Sangat Penting:

1. Ulasan obat
2. Edukasi tentang obat-obatan
3. Koordinasi mengenai perubahan terapi

Ulasan Obat

Farmasis kami akan mengevaluasi semua obat Anda untuk memastikan bahwa semua obat Anda aman, efektif, dan sesuai.

- Menghindari duplikasi terapi
- Menghilangkan interaksi obat yang berbahaya
- Mencari terapi yang paling murah
- Mengenal efek samping
- Menyesuaikan dosis yang pas untuk Anda

Setelah mengulas obat-obatan Anda, farmasis kami akan membahas rekomendasi mereka tentang perubahan obat-obatan. Mereka akan menghubungi dokter Anda untuk mendiskusikan perubahan yang disarankan dalam pengobatan Anda.

Edukasi tentang Obat

Farmasis kami akan membantu Anda untuk menaati mengapa Anda menggunakan setiap obat dan belajar bagaimana meminimalkan efek dari obat-obatan tersebut. Ini akan membantu Anda:

- Mendapat informasi tentang semua obat
- Mengawasi efek samping
- Mengendalikan obat Anda

Koordinasi Perubahan Terapi

Farmasis kami akan bekerja sama dengan Anda dan dokter Anda untuk memastikan bahwa semua obat Anda aman, efektif, dan sesuai.

- Mengetahui masalah yang berkaitan dengan obat-obatan
- Memastikan bahwa Anda dan dokter Anda telah mengawasi perubahan obat-obatan
- Meyakinkan Anda bahwa kombinasi obat yang Anda gunakan aman, efektif, dan sesuai

Feel Great Pharmacy

Feel Great Pharmacy telah menghadirkan kami untuk membantu Anda dalam mengelola kesehatan Anda. Kami akan membantu Anda memahami bagaimana obat-obatan Anda bekerja dan bagaimana mengelola efek sampingnya. Kami akan membantu Anda membuat pilihan terbaik untuk kesehatan Anda.

Layanan Farmasi kami

Program Med Check: Berfokus pada terapi obat yang Anda konsumsi.

Program Stay Well: Membantu untuk mencapai tujuan kesehatan Anda.

Produk herbal & nutrisi: Kami memiliki daftar produk herbal & nutrisi yang kami rekomendasikan.

Farmasis kami

Debra Butler, PharmD

Hennie Hobson, PharmD

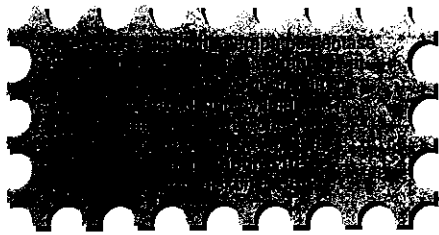
Ralph Lowmes, R.Ph.

Jean Stangel, R.Ph.

Jika demikian, farmasis melanjutkan untuk menjelaskan fitur layanan (misalnya, komponen-komponen spesifik) dan manfaat (misalnya, bagaimana ia dapat membantu untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien). Farmasis mungkin perlu mengatasi keberatan pasien melalui dialog lebih lanjut. Setelah pertanyaan atau keberatan pasien telah teratasi dengan memuaskan, farmasis dapat menawarkan layanan

tersebut. Yaitu, farmasis meminta pasien untuk berkomitmen menggunakan layanan tersebut, seperti dengan membuat janji (Tabel 21-7). Apotek harus menggunakan kombinasi teknik promosi untuk menyampaikan pesan tentang barang dan layanan yang tersedia bagi target pasar mereka.

Komponen bauran pemasaran lainnya adalah *menelola proses* penyediaan beberapa barang dan layanan dalam apotek.



Gambar 21-2. Kupon untuk diskon analisis lemak tubuh.

Keputusan ini berkaitan dengan bagaimana barang atau layanan apotek sesuai dengan kegiatan lain yang dilakukan di apotek. Sebagian besar apotek memiliki proses yang mapan untuk peracikan. Ketika layanan baru apotek sedang direncanakan, keputusan perlu dibuat untuk memastikan alur kerja yang baik untuk kegiatan peracikan dan layanan baru. Sebagai contoh, bagaimana cara menyesuaikan staf? Mungkin staf tambahan akan ditugaskan ketika layanan baru akan disediakan, meskipun beberapa *trial and error* mungkin terjadi. Beberapa apotek merotasi staf mereka melalui peran peracikan dan peran pelayanan farmasi ketika peracikan bukanlah kegiatan utama. Rotasi seperti itu dapat membantu dengan koordinasi antara berbagai kegiatan dalam apotek. Seperti disebutkan sebelumnya, pelatihan personel diperlukan agar dapat menyediakan layanan yang konsisten dan berkualitas tinggi.

Keputusan tentang personel merupakan bidang lain dalam bauran pemasaran. Personel harus memiliki pengetahuan yang tepat, keterampilan, dan sikap untuk menyediakan apa yang dibutuhkan. Pengetahuan tentang terapi dan patofisiologi penyakit akan diperlukan untuk layanan manajemen status-penyakit. Selain itu, keterampilan penilaian fisik seperti pembacaan tekanan darah yang akurat dapat dibutuhkan. Investasi dalam pelatihan khusus mungkin diperlukan. Sebagai contoh, Dr Butler kemungkinan harus memiliki staf yang dididik mengenai herbal dan produk-produk nutrisi karena adanya penambahan fokus di area itu.

Seorang farmasis mungkin juga menggunakan keterampilan komunikasi antarpribadi saat berinteraksi dengan pasien dan praktisi lainnya seperti dokter. Pelatihan dalam keterampilan ini sangatlah penting. Sebagai contoh, farmasis mungkin perlu mempraktikkan dan memberi umpan balik yang kritis dalam menulis catatan SOAP (*subjective* [subjektif], *objective* [objektif], *assessment plan* [penilaian rencana]) yang efektif untuk dikirimkan ke dokter. Merupakan hal yang penting bahwa personel apotek mengembangkan kepercayaan diri dalam kemampuan mereka, tidak hanya untuk menyediakan layanan farmasi baru, tetapi juga untuk memasarkan layanan mereka kepada semua kelompok konsumen (yaitu, pasien, penyedia perawatan kesehatan, dan pembayar).

Variabel bauran pemasaran berikutnya adalah *fasilitas fisik*, yang mengacu pada pengaturan tempat layanan akan diberikan. Biasanya itu adalah suatu tempat yang terdapat di dalam apotek. Pertanyaannya adalah, "Apakah pengaturan tersebut membuat pasien siap untuk menerima layanan ini?" Sebagai contoh, apakah pasien merasakan privasi yang cukup untuk berpartisipasi dalam sebuah pelayanan kesehatan? Konsultasi pribadi atau semipribadi dapat menciptakan lingkungan yang dibutuhkan untuk menyediakan layanan farmasi yang memuaskan. Pertimbangan juga harus diberikan untuk ruang dan alur kerja. Denah baru apotek mungkin diperlukan untuk mengakomodasi layanan baru apotek karena peralatan baru mungkin memerlukan tempat.

Variabel bauran pemasaran terakhir adalah *produktivitas dan kualitas*. Salah satu isu di sini adalah menciptakan efisiensi dalam kegiatan pelayanan apotek. Hal ini berarti bahwa pemantauan dan umpan balik pertemuan layanan harus dilakukan. Kemudian farmasis dapat dilatih untuk menjadi efisien dalam hal waktu yang dihabiskan dengan pasien ketika memberikan pelayanan. Standar waktu dapat dibuat untuk berbagai penawaran layanan. Karyawan yang bukan farmasis haruslah digunakan pada posisi yang tepat, seperti dalam menjadwalkan pertemuan dan penagihan pembayar.

Rilis Berita mengenai Pentingnya Memiliki Tinjauan Obat

Ketiduran, Efek Samping Obat Biasa Terjadi dan Merugikan

Ketiduran, Efek Samping Obat (KESO) didefinisikan sebagai setiap kerugian karena terjadi kesalahan obat, sering terjadi. Institute of Medicine melaporkan bahwa sedikitnya 1,5 juta KESO, yang sebenarnya dapat dicegah, terjadi setiap tahun di rumah sakit dan di rumah sendiri. Anda dapat mengurangi risiko KESO dengan cara semua obat-obatan Anda ditinjau oleh dokter atau farmasis.

Jika Anda pikir Anda memerlukan tinjauan obat, bicaralah agar dokter atau farmasis Anda meninjau obat-obatan yang Anda gunakan. Dr. Debbie Butler dari Peel Great Pharmacy mengatakan, "Mendapatkan ulasan obat secara komprehensif sangatlah mudah. Hubungi saja kami, dan kami akan jadwalkan pertemuan untuk Anda. Program Med Check kami dapat mengidentifikasi masalah potensial tentang obat-obatan Anda. Kemudian kami dapat bekerja bersama Anda dan dokter Anda untuk melakukan perubahan yang dapat memberikan pengobatan terbaik untuk Anda."

Anda dapat mengetahui lebih lanjut tentang keamanan obat-obatan dan KESO dengan mengunjungi situs Web dari Institute of Medicine di www.iom.edu.

Dialog Penawaran Program Med Check ke Pasien

Farmasis Jennie Dobson sedang mempersiapkan konseling untuk Tuan Jack Barton, 60 tahun yang telah menghubungi dan lima resep obatnya: klorotalidon 25 mg dan Inhaler albuterol. Dialog ini menguraikan bagaimana Dr. Dobson mengidentifikasi kebutuhan potensial Mr Barton mengenai Program Med Check dan bagaimana Dr. Dobson menawarkan pelayanan Med Check kepada Mr Barton.

Farmasis: Hai, Tuan Barton. Ini adalah klorotalidon dan Inhaler albuterol Anda. Pernahkah Anda mengalami masalah dengan obat-obatan?

Pasien: Tidak, saya telah menggunakan mereka secara teratur dan tidak ada keluhan.

Farmasis: Bagaimana asma Anda selama musim semi ini?

Pasien: Kau tahu, asma ku menjadi semakin menyulitkan akhir-akhir ini. Aku pikir serbuk sari yang membuatku begitu.

Farmasis: Saya melihat bahwa inhaler albuterol terakhir Anda habis dalam waktu sekitar 2 minggu. Seberapa sering Anda menggunakannya?

Pasien: Aku telah menggunakan beberapa isapan, empat atau lima kali sehari. Aku tidak bisa atasi batukku, meskipun memang agak membaik setelah saya menggunakan Inhaler. Saya ingin mengendalikan asma saya tanpa gangguan pada tekanan darah tinggi atau kolesterol tinggi saya.

Farmasis: Kedengarannya Anda seperti ingin mempelajari bagaimana cara mengelola asma Anda dengan lebih baik tanpa menciptakan masalah lain.

Pasien: Ya, saya ingin mendapatkan kombinasi obat-obatan yang lebih baik.

Farmasis: Kami memiliki layanan bernama program Med Check yang melibatkan kaitan komprehensif mengenai semua obat-obatan Anda. Farmasis kami dapat bekerja dengan Anda dan dokter Anda untuk mengidentifikasi masalah obat-obatan yang ada, dan obat-obatan Anda. Farmasis kami akan berkoordinasi dengan dokter Anda untuk mengobati Anda dan membantu Anda memahami cara menggunakan tiap obat itu.

Pasien: Kedengarannya bagus, tapi berapa biaya program ini?

Farmasis: Program Med Check berbiaya \$95, yang meliputi biaya konsultasi dengan perawat standar, kunjungan untuk wawancara laporan Anda, dan komunikasi dengan dokter Anda. Jika diperlukan, biaya tambahan akan dikenakan.

Pasien: Oh, kedengarannya mahal. Saya tidak tahu apakah itu layak untuk saya.

Farmasis: Saya tahu bahwa program ini mungkin tampak mahal, tetapi jika Anda melihat dengan Anda, bagaimana Anda memiliki perhatian tentang bagaimana mengelola asma Anda dan bagaimana dokter Anda dapat membantu Anda dengan obat-obatan yang aman.

Pasien: Ya, saya ingin mendapatkan penanganannya yang lebih baik untuk asma saya dengan cara yang aman.

Farmasis: Dalam Program Med Check, farmasis kami akan memperibandingkan semua obat-obatan Anda dan juga mendiskusikan cara-cara untuk meningkatkan kontrol asma Anda. Dia akan berbicara dengan Anda dan dokter Anda tentang hal itu. Dia akan mengembangkan rencana yang cocok bagi Anda untuk mengelola asma Anda lebih baik dan aman. Juga kami dapat membuat rencana pembayaran yang akan memungkinkan Anda untuk membayar program dengan beberapa kali pembayaran.

Pasien: Yah, kedengarannya seperti ini bisa.

Farmasis: Dapatkah saya menjadwalkan waktu bagi Anda untuk datang nanti dalam minggu ini untuk Program Med Check?

Pasien: Ya, itu akan baik. Berapa banyak waktu yang akan kita butuhkan?

Farmasis: Kita membutuhkan waktu sekitar 30 menit. Tolong bawa daftar atau botol obat nonresep yang Anda gunakan secara teratur. Setelah meninjau itu, kami dapat menjadwalkan waktu untuk bertindak sesuai laporan tertulis.

Pasien: Yah, aku bisa datang pada Jumat pagi. Apakah Anda bisa?

Farmasis: Ya, saya akan catat jadwal Anda pada pukul 10:00. Baiklah, sampai ketemu nanti.

Produsen umumnya menjaga kualitas barang, tetapi ini dapat menjadi masalah untuk beberapa jenis produk, seperti obat-obatan generik atau herbal. Untuk produk ini, kualitas dan keandalan barang harus dievaluasi ketika memilih vendor. Sebaliknya, kualitas layanan tetap secara utama dipertahankan dalam apotek. Apotek perlu untuk membangun harapan pasien akurat tentang apa yang akan terjadi selama pertemuan layanan. Jadi pesan promosi tidak boleh menawarkan janji berlebihan tentang apa yang akan apotek berikan. Selain itu, kualitas layanan dapat ditingkatkan melalui pendekatan peningkatan kualitas berkelanjutan. Sebagai contoh, sebuah sampel catatan pertemuan pelayanan pada grafik pasien dapat dievaluasi kualitasnya. Sebuah kartu laporan dapat digunakan untuk menggolongkan kualitas perawatan yang tercatat dalam catatan. Umpan balik terhadap kinerja farmasis dapat difokuskan pada area yang memerlukan peningkatan kualitas layanan.

Keputusan untuk bauran pemasaran adalah saling terkait. Sebagai contoh, keputusan untuk menyertakan tes darah sebagai komponen pemantauan layanan manajemen status penyakit mempunyai implikasi terhadap komponen bauran pemasaran yang lainnya seperti fasilitas fisik, personel, dan harga. Karena ini, sangat mungkin bahwa proses berulang-ulang akan diperlukan dalam menetapkan bauran pemasaran. Dengan demikian keputusan awal harus dipandang sebagai sesuatu yang tentatif sampai faktor-faktor lain diperhitungkan. Akan bermanfaat jika memulai kerja dengan produk dan dari titik itu. Beberapa siklus melalui keputusan bauran pemasaran mungkin diperlukan untuk mencapai rencana yang memuaskan.

Pertimbangan lain dalam pemasaran untuk apotek adalah pemasaran hubungan, yang apotek usahakan untuk menjalin hubungan dengan seorang pasien (lihat Bab 20). Pendekatan

semacam ini terutama berhubungan bagi pasien dengan kondisi kronis karena mendukung perawatan yang tepat untuk kemajuan kondisi. Apotek dapat menggunakan sistem catatan pasien mereka untuk mengidentifikasi orang-orang yang diinginkan apotek untuk menjalin hubungan jangka panjang bersama mereka. Selain itu, catatan pasien dapat digunakan untuk menyimpan dokumen informasi pasien yang disesuaikan. Informasi tersebut dapat digunakan untuk memberi informasi bagi staf ketika berinteraksi dengan pasien. Sebagai contoh, seorang farmasis bisa mengetahui bahwa pasien telah mengubah obat hipertensi baru-baru ini ketika menyiapkan konseling saat pasien itu menebus obat arthritis. Kemudian selain konseling tentang obat radang sendi, farmasis bisa bertanya kepada pasien tentang pengalamannya dengan terapi hipertensi baru. Penyesuaian ini memberikan ikatan yang langgeng antara pasien dengan apotek.

Proses Kontrol

Bagian akhir dari rencana pemasaran adalah sebuah proses kontrol yang akan memungkinkan penilaian kinerja dengan membandingkan terhadap tujuan yang dipilih. Ketika pemantauan itu dikombinasikan dengan umpan balik dan penyesuaian, lalu keberhasilan upaya pemasaran apotek akan meningkat. Pendekatan ini dapat dipandang sebagai suatu proses peningkatan kualitas yang terkait dengan tujuan pemasaran (Grönroos, 2000). Lingkup proses tersebut dapat meliputi kualitas perawatan, kinerja keuangan, kepuasan pasien, dan pertumbuhan pelayanan.

Sebuah proses kontrol akan lebih mungkin berhasil jika itu adalah bagian dari rutinitas operasional di apotek. Dengan pengumpulan dan pelaporan kinerja secara teratur akan berarti bahwa informasi tersebut akan mendapat lebih banyak perhatian dari personel apotek. Perhatian semacam itu akan membantu dalam identifikasi awal masalah kinerja dan dapat membantu untuk meningkatkan pelaksanaan solusi. Untuk meningkatkan kemungkinan data kinerja akan dikumpulkan secara teratur, serangkaian indikator kunci yang terbatas harus dikembangkan. Sebagai contoh, sebuah survei kepuasan pasien tahunan dapat dilakukan. Selain itu, jumlah pasien yang menerima layanan dan jumlah layanan yang diberikan harus dilacak. Sebuah anggaran pemasaran merupakan salah satu alat perbaikan kinerja yang bermanfaat. Pengeluaran layanan yang sebenarnya dapat dibandingkan dengan angka yang dianggarkan secara berkala sehingga memungkinkan untuk dilakukan penyesuaian di masa depan (misalnya, peningkatan uang yang dikeluarkan untuk strategi promosi spesifik berdasarkan pada tempat pelanggan mempelajari tentang layanan itu). Untuk meningkatkan kualitas perawatan, kartu laporan dapat digunakan untuk menilai kualitas perawatan seperti yang tercatat dalam catatan pasien. Sebuah pendekatan terfokus untuk mengendalikan

kegiatan pemasaran harus meningkatkan kemungkinan keberhasilan pemasaran.

Kasus: Menyiapkan Rencana Pemasaran

Dr Butler telah membuat analisis SWOT sebelumnya dan tujuan untuk menghasilkan rencana pemasaran Feel Great Pharmacy. Seperti ditunjukkan pada Tabel 21-3 dan 21-5 sampai 21-7 dan Gambar 21-1 dan 21-2, dia telah mengidentifikasi dua target pasar. Target pasar 1 adalah terdiri dari orang-orang muda aktif (lebih muda dari 40 tahun) yang tertarik untuk menjadi dan nampak bugar. Kelompok ini bekerja dan memiliki pendapatan rumah tangga di atas rata-rata. Target pasar 2 terdiri dari orang setengah baya dan orang tua yang menggunakan setidaknya empat resep obat kronis. Mereka mungkin akan memiliki beberapa kondisi kronis seperti diabetes, arthritis, hipertensi, atau hiperlipidemia. Mereka memiliki perhatian tentang pengelolaan semua obat-obatan dan menjadi sehat. Kelompok ini sangat tidak aktif secara fisik, dan sekitar separuhnya merupakan pensiunan.

Dua buah layanan apotek yang telah dikembangkan: Program Stay Fit yang ditujukan pada target pasar 1 dan Program Med Check untuk target pasar 2. Program Stay Fit, yang dimaksudkan untuk membantu klien mencapai tujuan kebugaran mereka, berisi tiga layanan: analisis lemak tubuh, penilaian RMR, dan 20 menit sesi konseling nutrisi. Tiap layanan ini dapat dilakukan di apotek. Pelengkap program ini adalah daftar produk herbal dan nutrisi baru yang akan ditambahkan ke apotek. Dr Butler percaya bahwa orang yang tertarik pada Program Stay Fit akan tertarik pada produk tersebut.

Program Med Check akan membantu pasien untuk meningkatkan keamanan dan efektivitas terapi obat mereka, termasuk resep obat, obat-obatan OTC, dan produk herbal. Pasien akan mendapat ulasan komprehensif semua obat-obatan mereka, dengan laporan tertulis dan edukasi pasien tentang tiap-tiap masalah yang berhubungan dengan obat. Seorang farmasis akan bekerja dengan pasien dan dokter mereka untuk mengembangkan sebuah rencana untuk mengatasi masalah ini.

Setiap layanan akan tersedia sebagai program lengkap atau sebagai komponen layanan terpisah. Biaya program lengkap Stay Fit sebesar \$130, yang mencakup satu dari tiap-tiap layanan. Biaya komponen terpisah adalah sebagai berikut: analisis lemak tubuh (\$65), RMR (\$60), dan konseling nutrisi (\$35). Program dasar Med Check berbiaya \$95, yang akan mencakup evaluasi obat pasien (termasuk laporan tertulis), edukasi pasien untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang berhubungan dengan obat, dan komunikasi dengan dokter untuk mengatasi masalah yang berhubungan dengan obat. Tambahan biaya kunjungan penindaklanjutan tersedia dengan biaya sebesar \$45 per kunjungan.

Bauran promosi akan mencakup iklan, publisitas, dan penjualan personal. Program Stay Fit akan dipromosikan melalui acara khusus di sebuah klub kebugaran, sebuah kupon untuk diskon analisis lemak tubuh, pamflet yang dipasang di klub kebugaran, iklan surat kabar, dan penjualan personal oleh staf apotek di apotek. Program Med Check akan dipromosikan melalui iklan surat kabar, surat langsung untuk dokter dan pasien yang memakai setidaknya empat obat-obatan penyakit kronis, publisitas melalui artikel op ed di koran lokal tentang manfaat dari pasien yang secara proaktif mengelola obat-obatan, dan penjualan personal oleh staf apotek di apotek.

Layanan akan disediakan di area layanan baru di Feel Great Pharmacy. Area layanan akan berisi peralatan uji, komputer, kursi, dan sebuah ruang kerja. Area ini akan dibuat pribadi melalui penggunaan sekat pemisah. Farmasis akan memberikan sebagian besar layanan, kecuali analisis lemak tubuh dan penilaian RMR, yang akan diberikan oleh teknisi medis. Sebuah sistem perjanjian akan digunakan sehingga staf tambahan dapat hadir selama pemberian layanan baru.

Sebuah proses kontrol akan meliputi empat bidang: kualitas pelayanan, kepuasan pasien/klien, kinerja keuangan, dan pertumbuhan pelayanan. Kualitas pelayanan akan dinilai dengan menggunakan kartu laporan singkat untuk mengevaluasi kualitas sampel laporan tertulis ulasan obat. Survei tahunan kepuasan pasien/klien mengenai proses dan hasil layanan akan memungkinkan evaluasi kepuasan pasien. Laporan rugi-laba apotek akan dibuat untuk memantau kinerja keuangan program-program baru. Laporan ini akan mencakup pendapatan layanan, biaya yang terkait, dan setiap keuntungan bersih. Pertumbuhan layanan akan diketahui dengan cara tabulasi jumlah klien layanan dan jumlah episode pelayanan setiap bulannya.

Untuk melengkapi rencana pemasaran, Dr Butler siap untuk mengambil langkah-langkah berikutnya. Artinya, ia siap untuk mulai membuat perubahan dalam Feel Great Pharmacy yang diperlukan untuk mengembangkan dan menyediakan barang dan layanan baru. Dia akan berusaha terus menuju hari ketika ia akan "hidup" untuk pelayanan di Feel Great Pharmacy.

■ PENERAPAN RENCANA PEMASARAN

Begitu rencana pemasaran telah dibuat, tantangan berikutnya adalah membuat rencana menjadi tindakan. Barang dan layanan yang dijelaskan dalam rencana harus sesuai dengan praktik apotek, yang merupakan kombinasi terus-menerus antara personel/orang-orang, peralatan, dan informasi. Menambahkan layanan baru ke dalam praktik berarti akan membuat apotek terganggu dalam beberapa cara. Idealnya, gangguan seperti itu akan dibatasi waktu dan terselesaikan dengan cara yang meminimalkan masalah bagi staf dan

pelanggan. Beberapa alat yang dapat mendukung perubahan praktik yang terkoordinasi adalah cetak biru layanan dan rencana aksi.

Cetak Biru Layanan

Cetak biru layanan adalah gambar atau peta dari sebuah layanan yang memungkinkan pemahaman lebih baik dari semua proses yang terlibat dalam pemberiannya (Holdford dan Kennedy, 1999). Cetak biru layanan merinci kegiatan yang perlu dilakukan untuk memberikan layanan tersebut. Mengembangkan cetak biru layanan memaksa personel apotek untuk menggambarkan tiap perilaku individual yang diperlukan untuk memberikan layanan, mulai dari pramuniaga yang membuat jadwal, farmasis yang memberikan pelayanan, sampai teknisi yang membuat tagihan pada pihak pembayar. Cetak biru layanan berisi semua rincian dalam suatu gambaran terpadu tentang interaksi antara pasien dan petugas apotek sepanjang episode layanan. Karena tingkat detil yang digunakan begitu bagus, sebuah cetak biru layanan dapat membantu untuk mengidentifikasi masalah yang dapat diatasi sebelum atau selama pelaksanaan. Sebagai contoh, staf apotek bisa mendiskusikan alur kerja layanan dan tanggung jawab untuk memastikan koordinasi.

Sebuah cetak biru layanan secara khusus mempertimbangkan perspektif pasien. Artinya, pengalaman pasien selama pemberian layanan akan dijelaskan. Dengan demikian, cetak biru layanan menggambarkan tiga jenis kegiatan yang dilakukan oleh personel apotek: kegiatan di panggung, kegiatan di belakang panggung, dan proses pendukung. *Kegiatan di atas panggung* adalah kegiatan yang terlihat oleh pasien selama pertemuan layanan. Sebaliknya, *kegiatan di belakang panggung* adalah kegiatan pelayanan yang tidak terlihat oleh pasien, tetapi masih merupakan hal penting untuk pemberian layanan. *Proses pendukung* adalah kegiatan yang mendukung karyawan dalam kontak dengan pasien sebelum, selama, dan setelah pemberian layanan.

Perhatikan Gambar. 21-3, yang merupakan cetak biru pelayanan dari layanan Med Check Feel Great Pharmacy. Cetak biru dibagi oleh tiga garis: garis interaksi, garis visibilitas, dan garis interaksi internal. *Garis interaksi* memisahkan pasien dari karyawan yang kontak dengan mereka. Garis ini menandai interaksi yang terjadi antara pasien dan karyawan kontak, seperti mengambil riwayat obat. *Garis visibilitas* memisahkan tindakan karyawan *panggung* dari tindakan karyawan *belakang panggung*. Di atas garis ini tampak tindakan yang pasien dapat lihat, sedangkan di bawah itu adalah tindakan yang pasien tidak lihat. Dalam Gambar. 21-3, pasien melihat farmasis mengambil riwayat pengobatan tetapi tidak melihat dia mengerjakan rencana terapi obat dan membuat laporan tertulis. *Garis interaksi internal* memisahkan karyawan yang kontak dengan pasien dari proses pendukung. Sebagai contoh,

ketika mengerjakan rencana terapi obat, seorang farmasis dapat berkonsultasi lewat literatur obat atau menghubungi dokter. Pemetaan tindakan ini dapat mengidentifikasi langkah-langkah yang memerlukan dukungan, seperti memiliki akses ke basis data literatur obat.

Sebuah cetak biru layanan dapat dibuat secara sistematis segera setelah menentukan layanan yang perlu dibuat cetak birunya. Titik awalnya adalah memetakan proses pelayanan dari sudut pandang pasien. Mempertimbangkan tindakan dan pilihan pasien ketika pasien meneruskan mengikuti proses pelayanan. Pikirkan tentang bagaimana pasien cenderung melihat pengalaman layanan mereka. Sebagai contoh, apakah akan ada privasi yang memadai?

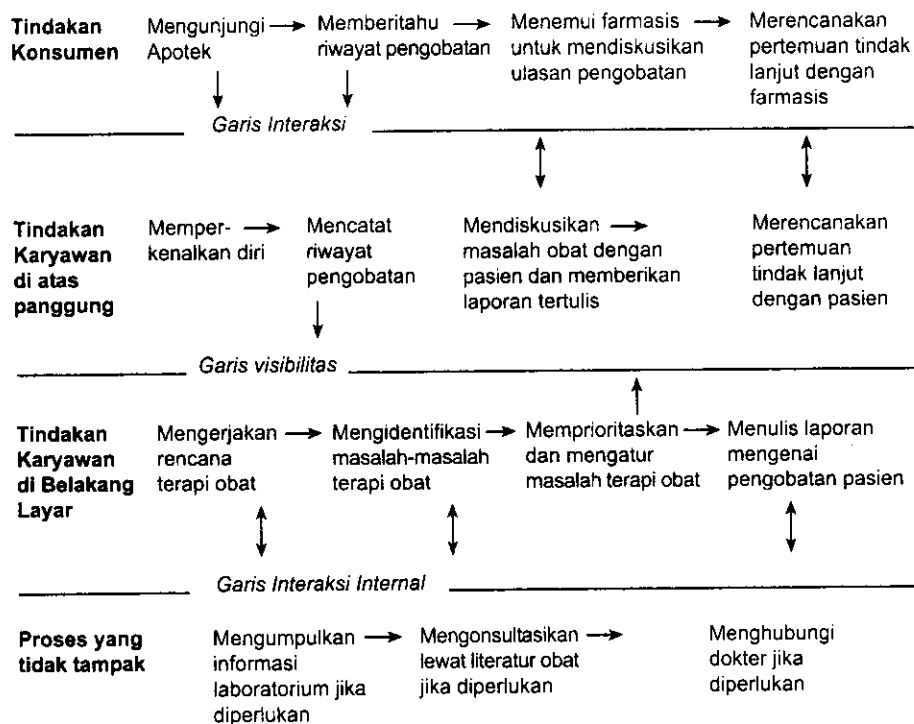
Langkah selanjutnya dalam mengembangkan cetak biru layanan adalah dengan memetakan tindakan karyawan kontak. Satu poin di sini adalah untuk membedakan antara kegiatan di atas panggung dengan di belakang panggung. Hal ini dapat berguna untuk membahas kegiatan-kegiatan tersebut dengan staf yang diharapkan akan melakukan itu. Langkah ini akan mengidentifikasi peran dan tanggung jawab serta dapat membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul. Sebuah langkah berikutnya adalah untuk memetakan proses dukungan internal. Hal ini akan membantu untuk mengidentifikasi interaksi eksternal yang mungkin diperlukan untuk mendukung pemberian layanan, seperti menghubungi dokter pasien.

Langkah terakhir dalam membuat cetak biru pelayanan adalah dengan menambahkan bukti layanan yang tepat. Ini berarti bahwa komponen berwujud dimasukkan ke dalam layanan. Bukti semacam itu dapat digunakan oleh pasien untuk mengevaluasi layanan. Misalnya, laporan tertulis untuk meninjau pengobatan pasien memberikan sesuatu yang membantu dia atau dia memberikan nilai pada layanan. Bukti nyata harus memiliki sifat yang sesuai dengan pelayanan.

Rencana Kerja

Alat lain yang dapat membantu untuk mengatur proses pelaksanaan adalah rencana kerja. *Rencana kerja* merupakan daftar tugas yang harus dilakukan untuk memulai sebuah pelayanan, kapan pelayanan harus selesai, dan siapa yang bertanggung jawab untuk penyelesaian (Hagel, 2003). Rencana aksi harus mengatasi isu-isu penting, seperti desain ulang fasilitas, alur kerja dan kepegawaian, pelatihan staf, materi pemasaran, serta dokumentasi. Rencana kerja dapat meliputi waktu yang digunakan untuk mengembangkan sebuah rencana pemasaran, atau dapat fokus pada kegiatan setelah rencana pemasaran telah dibuat.

Tabel 21-8 memperlihatkan 12-bulan rencana kerja untuk melaksanakan Program Med Check dari Feel Great Pharmacy setelah rencana pemasaran telah dilengkapi. Rencana kerja ini menunjukkan kategori tugas utama dengan sedikit detail



Gambar 21-3. Cetak biru layanan untuk layanan tinjauan medis Feel Great Pharmacy.

Kinerja keuangan (yaitu, pendapatan dari jasa dan penjualan produk baru herbal dan nutrisi) dan pertumbuhan layanan harus dipantau ketat selama awal pelaksanaan. Kepuasan pasien juga harus dipantau dengan survei atau wawancara klien layanan awal.

1. Apa target pasar lain yang dapat dipilih Dr Butler untuk Feel Great Pharmacy? Mengapa?

2. Bagaimana pendapat Anda tentang meminta seorang farmasis secara pribadi menjual jasa mereka kepada pasien?
3. Pemasaran layanan apotek di apotek jaringan mungkin berbeda dengan suatu apotek yang independen. Diskusikanlah perbedaan dan persamaan yang dapat diduga.
4. Apa yang kamu yakini menjadi rintangan terbesar untuk memasarkan layanan apotek dengan sukses?

REFERENSI

- Achrol RS, Reve T, Stern LW. 1983. The environment of marketing channel dyads: A framework for comparative analysis. *J Market* 47:55.
- Doucette WR, McDonough RP. 2002. Beyond the 4 P's: Using relationship marketing to build value and demand for pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 42: 183.
- Doucette WR, Schommer JC, Wiederholt JB. 1993. The political economy of pharmaceutical marketing channels: A conceptual framework. *Clin Ther* 15:739.
- Gronroos C. 2000. *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, 2d ed. West Sussex, England: Wiley.
- Hagel HP. 2003. Developing a practice implementation plan. In Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al. (eds), *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*, hlm. 287. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Holdford DA. 2003. *Marketing for Pharmacists*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Holdford DA, Kennedy, DT. 1999. The service blueprint as a tool for designing innovative pharmaceutical services. *J Am Pharm Assoc* 39:545.
- Kotler P. 2001. *A Framework for Marketing Management*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- McDonough RP, Doucette WR. 2003. Using personal selling skills to promote pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 43:363.
- McDonough RP, Sobotka JL, Doucette WR. 2003. Marketing pharmaceutical care. In Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, et al (eds), *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*, hlm. 203. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- McDonough RP, Pithan ES, Doucette WR, Brownlee MJ. 1998. Marketing pharmaceutical care services. *J Am Pharm Assoc* 38:667.
- Rothschild ML. 1987. *Marketing Communications: From Fundamentals to Strategies*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Schwartz A, Sogol E. 1987. Developing a marketing plan. *Drug Top* 6:69.
- Wilson J, Osterhaus M, Currie J, et al. 2003. A cost analysis on the implementation of a cardiovascular wellness program from the pharmaceutical care provider's perspective. *J Am Pharm Assoc* 43:291.

MANAJEMEN PEMBELIAN DAN PERSEDIAAN

Donna West

Tentang penulis: Dr. West adalah Associate Professor di University of Arkansas pada Medical Science College of Pharmacy. Beliau menerima gelar B.S. di bidang farmasi dan gelar Ph.D. di bidang administrasi farmasi dari University of Mississippi. Beliau mengelola kursus manajemen farmasi komunitas dan mengajar kebijakan kefarmasian dalam sistem pelayanan kesehatan. Dr. West bekerja sebagai konsultan farmasi di Arkansas Foundation for Medical Care dan Arkansas State Employee Insurance Group serta perwakilan fakultas untuk National Community Pharmacists Association bagian kemahasiswaan. Minat penelitiannya berkenaan dengan pemahaman tentang perilaku penyedia layanan dan pasien untuk memperbaiki penggunaan obat dan memajukan praktik komunitas.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pentingnya manajemen pembelian dan persediaan di apotek baik secara finansial maupun operasional.
2. Membuat daftar tujuan-tujuan manajemen pembelian dan persediaan di apotek
3. Mendeskripsikan biaya pengadaan dan pengiriman di apotek.
4. Menghitung tingkat perputaran persediaan dan menggunakan informasi ini untuk melakukan keputusan-keputusan terkait kontrol pembelian dan persediaan
5. Mendeskripsikan tiga metode manajemen persediaan
6. Mendeskripsikan peran teknologi dalam meningkatkan manajemen persediaan di apotek.

■ SKENARIO

Waktu menunjukkan jam 5 sore pada hari Senin di apotek Pusat Kesehatan Mental Masyarakat, dan untuk kelima kalinya dalam hari ini, Marie Parker, Pharm.D., tidak mempunyai obat yang dia butuhkan untuk melayani sebuah resep. Dia harus menjelaskan ke setiap pasien bahwa pasien tersebut dapat kembali lagi esok hari untuk mengambil obatnya atau menebus resep di tempat lain. Hari yang berat! Belum lagi, petugas pengiriman dari pedagang besar farmasi (PBF) baru saja datang dengan pesanan hari ini, itu pun telat empat jam! Direktur utama pusat kesehatan mental mempertanyakan berapa banyak obat-obatan yang telah apotek habiskan dan meminta Marie untuk menemukan vendor yang lebih murah. Marie memutuskan bahwa dia akan mencoba menggunakan vendor lain. Untungnya, seorang perwakilan dari PBF XYZ memberikan kartu namanya minggu lalu. PBF XYZ merupakan

perusahaan besar nasional yang mempunyai reputasi bagus. Marie menghubungi perwakilan PBF XYZ dan menjelaskan situasinya saat ini. Dia selalu kehabisan beberapa produk, dan dengan margin kotor apotek yang menurun, dia perlu mendapatkan produk obat dengan harga yang terbaik sebisa mungkin. Tingkat pelayanan yang diberikan oleh PBF sebelumnya cenderung menurun (misalnya, pesanan sering telat, dan dia jarang melihat perwakilan pelayanan konsumen membahas masalah ini). Marie bertanya pada perwakilan XYZ beberapa pertanyaan dan menggunakan informasi ini untuk membandingkan PBF XYZ dengan PBF-nya saat ini (Tabel 22-1). Sekarang dia mempunyai semua informasi ini, namun dia tidak yakin apa yang akan dilakukannya.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Mengapa menyeimbangkan antara pasokan dan permintaan penting dalam manajemen persediaan?
2. Apa keuntungan bergabung dengan sebuah organisasi pembelian berkelompok?
3. Bagaimana manajemen persediaan memengaruhi margin laba dan arus kas sebuah apotek?
4. Bagaimana tingkat perputaran persediaan dapat mengindikasikan seberapa efisien farmasis dalam mengelola investasi persediaan?
5. Bagaimana peran teknologi dalam meningkatkan kemampuan farmasis dalam mengelola persediaan?

■ PENDAHULUAN

Persediaan umumnya merupakan aktiva lancar terbesar dari sebuah apotek. Persediaan juga merupakan aktiva lancar yang paling kurang likuid, mengingat bahwa secara umum, persediaan tidak dapat berubah menjadi uang tunai sampai dapat terjual ke konsumen. Nilai persediaan pada semua apotek kian meningkat seiring peningkatan berbagai jenis dan biaya produk farmasi. Oleh karena itu, manajemen persediaan yang baik mempunyai dampak signifikan pada aspek keuangan maupun operasional dari apotek (Huffman, 1996; West, 2003).

Biaya-biaya perolehan, pengadaan, pengiriman, dan kehabisan stok atau kekurangan barang adalah “biaya-biaya” umum yang terkait dengan persediaan. Biaya-biaya perolehan, pengadaan, dan pengangkutan dapat dihitung secara akurat dan merupakan pertimbangan keuangan yang penting dalam manajemen apotek. Tiga jenis biaya terkait persediaan ini umumnya memberikan sedikit beban pada kesibukan staf apotek, namun dapat menurunkan margin operasional organisasi jika tidak diawasi dengan baik. Biaya kehabisan stok atau kekurangan barang menunjukkan kegagalan dalam pelayanan konsumen dan menyebabkan kehilangan penjualan. Biaya ini mungkin sulit dikuantifikasi, namun pasti mempunyai dampak pada setiap apotek.

Dari perspektif keuangan, manajemen persediaan yang efektif menurunkan biaya dari barang-barang yang terjual

[illegible]

dan biaya operasional sehingga dapat meningkatkan margin kotor dan laba bersih. Sebagai contoh, penghematan \$100 pada pembelian obat-obat resep akan meningkatkan margin kotor dan laba bersih \$100 (diasumsikan biaya operasional tetap). Selain itu, dengan sedikitnya uang yang diinvestasikan pada persediaan maka akan meningkatkan arus kas (West, 2001). Sebuah apotek yang mempunyai barang dagangan yang tidak terjual atau persediaan produk yang berlebih pada rak akan mempunyai ketersediaan uang tunai yang sedikit untuk membayar biaya-biaya dan/atau berinvestasi dalam kegiatan usaha lainnya. Sebuah apotek yang mampu mengurangi persediaan sebesar \$100 mempunyai lebih banyak uang tunai untuk dihabiskan pada operasional sehari-hari, berinvestasi pada pelayanan baru, atau menambah tabungan atau rekening giro.

Dari perspektif operasional, manajemen persediaan yang efektif adalah penting dalam memenuhi permintaan konsumen terhadap barang maupun jasa (Carrol, 1998). Pasien yang tidak mendapatkan sebuah produk ketika membutuhkannya dapat menyebabkan apotek kehilangan penjualan dan berpotensi kehilangan pelanggan. Selanjutnya, apotek yang tidak memiliki produk yang dibutuhkan pada waktu yang tepat dapat menimbulkan kerugian fisik bagi pasien, khususnya dalam kondisi (misalnya, rumah sakit) ketika obat darurat penyelamat jiwa diperlukan secara rutin saat itu juga.

Manajemen persediaan berarti meminimalkan investasi pada persediaan sekaligus menyeimbangkan pasokan dan permintaan. Orang-orang menggunakan manajemen persediaan dalam kehidupan sehari-hari. Sebagai contoh, ketika orang-orang berbelanja untuk bahan makanan, mereka berpikir tentang apa yang ingin mereka makan (yaitu, kebutuhan dan keinginan) dan barang apa yang saat ini mereka miliki (yakni, persediaan sekarang). Dari sini, mereka membuat daftar belanjaan. Daftar ini direvisi bergantung pada seberapa banyak uang yang mereka miliki, produk spesial yang ditawarkan toko grosir, ruang penyimpanan, dan seberapa cepat makanan akan rusak. Mereka dapat membandingkan produk-produk dan berbelanja di berbagai toko grosir. Mereka akhirnya melakukan pembelian dan mengevaluasi seberapa baik pembelian mereka dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan mereka. Proses tersebut diulang dan dievaluasi ulang secara terus menerus. Hal ini mirip dengan bagaimana apotek membeli persediaannya. Farmasis atau staf apotek membuat daftar produk yang mereka butuhkan, merevisi daftar berdasarkan persediaan saat ini, menentukan seberapa banyak uang yang mereka punya untuk membeli barang, mengevaluasi tawaran khusus dari vendor dan ketersediaan ruang penyimpanannya, dan akhirnya melakukan pembelian dan mengevaluasi pembelian mereka.

Agar proses pembelian terselesaikan dengan baik, sangat penting bagi manajer apotek untuk memperhatikan tujuan-

tujuan manajemen pembelian dan persediaan (West, 2003). Terdapat fungsi-fungsi yang berbeda, namun saling terkait. Memiliki produk yang tepat pada saat yang tepat dengan harga yang tepat sangatlah penting untuk memenuhi kebutuhan konsumen. Pada saat yang sama, manajer apotek juga ingin meminimalkan investasi persediaan. Bab ini akan membahas pertama fungsi pembelian baru kemudian fungsi manajemen persediaan.

■ PEMBELIAN

Beberapa farmasis melihat bahwa pembelian sekedar kegiatan rutin yang diperlukan untuk menjaga persediaan tetap ada di rak. Akan tetapi, karena sebagian besar apotek pasti menghabiskan jutaan dolar tiap tahun untuk memperoleh obat-obatan dan barang lainnya, pembelian sebenarnya merupakan proses investasi yang penting. Proses tersebut melibatkan pembelian *produk yang tepat dalam jumlah yang tepat dengan harga yang tepat pada waktu yang tepat dari vendor yang tepat* (Tootelian dan Gaedeke, 1993), sebagaimana tercantum dalam Tabel 22-2. Banyak apotek, terutama di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, mempunyai seseorang yang ditunjuk atau agen pembelian dengan tanggung jawab memesan dan menerima produk.

Produk yang Tepat

Mempunyai produk yang tepat merupakan tujuan pembelian yang penting. Untuk menentukan kombinasi produk, manajer apotek seharusnya memikirkan seberapa banyak ruangan yang tersedia untuk menyimpan barang dan seberapa banyak uang yang tersedia untuk diinvestasikan dalam barang tersebut. Mempunyai barang yang tidak terjual di rak karena barang tersebut tidak dibutuhkan oleh institusi atau tidak diinginkan oleh pelanggan apotek adalah pemborosan sumber daya dan menyebabkan biaya yang dikeluarkan sia-sia. Biaya tak terduga terjadi karena ruangan di apotek dan uang tersebut seharusnya dapat digunakan untuk menyediakan produk yang mungkin lebih dibutuhkan dan diinginkan oleh konsumen. Ruangan sebaiknya dialokasikan untuk jenis produk yang menghasilkan penjualan terbesar, dan jenis

Tujuan Pembelian	
1.	Memperoleh produk yang tepat
2.	Memperoleh produk dalam jumlah yang tepat
3.	Memperoleh produk pada waktu yang tepat
4.	Memperoleh produk dengan harga yang tepat
5.	Memperoleh produk dari vendor yang tepat

Sumber: Tootelian and Gaedeke, 1993.

produk yang tidak begitu laku sebaiknya diberi prioritas yang lebih rendah.

Memutuskan produk apa yang disediakan juga merupakan sebuah pertanyaan pemasaran. Menentukan kebutuhan yang nyata dan yang dirasa perlu dari pasien-pasien apotek, para pelanggan tetap, dan para dokter adalah pertimbangan yang penting ketika memutuskan apa saja yang dibeli. Manajer apotek sebaiknya mengevaluasi faktor-faktor berikut ketika memutuskan produk apa saja yang dipesan (Huffman, 1996; Tootelian and Gaedeke, 1993; West, 2003):

- *Penggunaan yang lampau.* Manajer apotek sebaiknya memeriksa laporan penggunaan obat sebelumnya serta penebusan resep baru maupun ulang untuk menentukan apa saja yang perlu disediakan.
- *Target pasar.* Pasar tempat apotek berdiri akan memengaruhi pemilihan produk. Sebuah apotek yang berlokasi di rumah sakit anak akan membutuhkan produk-produk yang berbeda dibanding sebuah apotek yang berlokasi di sebuah fasilitas kesehatan mental. Begitu juga sebuah apotek yang berlokasi di sebelah klinik pediatrik mungkin akan lebih membutuhkan antibiotik cair dibanding apotek lainnya. Perilaku persepsian dari dokter-dokter sekitar dapat memberikan wawasan tentang produk obat apa saja yang dibutuhkan.
- *Tujuan dan citra apotek.* Manajer apotek sebaiknya mempertimbangkan tujuan bisnis dan citra apotek. Pemilihan produk sebaiknya sesuai dengan citra apotek. Sebagai contoh, sebuah apotek yang berusaha membangun citranya sebagai pusat pelayanan diabetes seharusnya mempunyai persediaan produk-produk diabetes yang lebih lengkap. Demikian pula, apotek-apotek yang mempromosikan pelayanan tingkat tinggi dan tidak pernah kehabisan obat-obatan akan memerlukan tingkat persediaan yang lebih tinggi atau memperoleh pengiriman lebih sering dari vendor.
- *Formularium.* Di rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan lainnya, formularium dapat mengarahkan keputusan barang-barang apa saja yang disediakan (Carrol, 1998). Sebuah formularium pada dasarnya merupakan daftar obat-obat yang disarankan digunakan dalam institusi dan dipilih berdasarkan sebuah kombinasi antara keuntungan klinis dengan ekonomis. Produk-produk farmasi yang tercantum pada formularium sebaiknya disediakan dengan baik karena produk-produk tersebut akan cenderung digunakan oleh dokter. Bahkan produk-produk yang tidak tercantum dalam formularium mungkin tidak perlu disediakan sama sekali. Jenis-jenis selain di formularium umumnya dapat dipesan khusus jika dibutuhkan. Manajer apotek juga harus mempertimbangkan tube intravena, jarum, dan peralatan lainnya yang mungkin dibutuhkan di institusinya.

Formularium juga memengaruhi keputusan pembelian obat pada apotek yang melayani penjualan eceran. Produk-produk yang tercantum pada formularium pembayar pihak ketiga mungkin perlu disediakan dalam jumlah yang lebih banyak daripada produk-produk yang tidak dibayar oleh pembayar pihak ketiga di daerah tersebut.

- *Data industri.* Majalah dan jurnal farmasi mempunyai banyak informasi yang dapat digunakan untuk menambah wawasan produk apa saja yang sebaiknya dipilih. Farmasis umumnya menggunakan "200 daftar teratas produk obat yang diresepkan" untuk memonitor tren penggunaan obat resep. Selain itu, publikasi ini umumnya membuat para manajer apotek mengetahui produk baru atau perubahan produk yang dapat memengaruhi kebutuhan pelanggan tetap dan dokter di masa depan.
- *Perwakilan industri.* Baik perwakilan perusahaan obat maupun perwakilan pedagang besar farmasi dapat memberikan informasi yang berharga tentang produk-produk yang tersedia. Perwakilan-perwakilan ini sering mempunyai data industri yang mutakhir dan mengenali kebiasaan persepsian dalam daerah geografis setempat. Selain itu, perwakilan-perwakilan industri mempunyai informasi produk terbaru atau yang akan dirilis.
- *Informasi konsumen.* Menanyai para pelanggan tetap, para dokter, dan para pegawai adalah cara lain untuk menentukan apa saja barang yang harus disediakan. Memonitor permintaan konsumen terhadap produk-produk juga sangat membantu.

Jumlah yang Tepat pada Waktu yang Tepat*

Sebagaimana dinyatakan sebelumnya, mempunyai produk terlalu banyak akan menahan uang apotek tanpa memberikan laba yang memadai pada investasi. Sebaliknya, mempunyai produk terlalu sedikit akan mengakibatkan kehilangan penjualan dan laba ketika produk tersebut tidak tersedia saat konsumen ingin melakukan suatu pembelian. Tidak mempunyai produk yang cukup tersedia juga membuat ketidaknyamanan staf apotek dan konsumen sehingga dapat menyebabkan kehilangan konsumen pada masa mendatang. Dengan demikian, tidak hanya mempunyai produk yang tepat saja yang penting untuk manajemen persediaan, tapi juga mempunyai jumlah yang tepat pada waktu yang tepat adalah sama pentingnya.

Jumlah yang tepat berarti memiliki cukup produk di tangan untuk memenuhi permintaan konsumen setiap waktu.

*Sebagian dari bagian ini dikutip dengan izin dari West DS. Purchasing and inventory control. In Jackson R (ed), *Effective Pharmacy Management CD-ROM*, 9th ed. Alexandria, VA: National Community Pharmacist Association Foundation, 2003, Sec.17.

Menentukan jumlah yang tepat untuk setiap produk tertentu adalah sulit, jika bukan tidak mungkin, mengingat permintaan dapat berfluktuasi secara tidak terduga. Bagaimanapun, masalah penting bagi para manajer apotek untuk menelusuri permintaan konsumen terhadap produk mereka dan memantau tren yang dapat memengaruhi penggunaan produk oleh konsumen. Walaupun manajer tidak selalu memiliki jumlah produk yang tepat di rak, penggunaan informasi ini membantu mereka untuk mengantisipasi fluktuasi permintaan (misalnya, meningkatkan pasokan antibiotik dan beberapa obat OTC selama bulan-bulan musim dingin).

Secara garis besar, ada tiga tipe persediaan untuk dipertimbangkan. *Persediaan siklus* adalah persediaan rutin yang dibutuhkan untuk memenuhi permintaan. *Persediaan penyangga atau pengaman* adalah persediaan tambahan yang dibutuhkan jika terjadi fluktuasi pengadaan atau permintaan. *Persediaan antisipasi* atau *spekulatif* adalah persediaan yang diadakan karena permintaan masa mendatang yang diharapkan atau peningkatan harga yang diharapkan (misalnya, vaksin flu di bulan-bulan musim gugur dan musim dingin). Pembelian persediaan antisipasi adalah berisiko sehingga farmasi biasanya tidak mempunyai banyak persediaan antisipasi dan memasang harga yang lebih tinggi pada jenis barang persediaan antisipasi. Tipe-tipe persediaan ini penting untuk dipertimbangkan ketika akan memutuskan berapa banyak dan kapan barang dipesan (Silbiger, 1999).

Dalam rangka memperkirakan jumlah minimal barang-barang yang diperlukan untuk memenuhi permintaan, manajer apotek atau agen pembelian sebaiknya tahu informasi berikut untuk tiap jenis yang disediakan.

1. Berapa banyak yang ada di persediaan
2. Pada titik apa dilakukan pemesanan ulang
3. Berapa banyak yang dipesan

Bagaimana manajer apotek menentukan *stockdepth* (yaitu, titik yang dipastikan bahwa jenis tersebut akan tersedia sesuai permintaan)? Menetapkan *stockdepth* (jumlah produk) melibatkan pertimbangan dari

1. Tingkat penjualan suatu barang (permintaan rata-rata)
2. Lamanya waktu antar pengecekan stok (waktu pemeriksaan)
3. Periode waktu antara pemesanan dan penerimaan barang (waktu tenggat)
4. Persediaan cadangan untuk menghitung variasi permintaan rata-rata selama waktu pembelian (waktu pemeriksaan dan waktu tenggat)

Jadi rumus untuk menetapkan *titik pemesanan ulang* adalah

Titik order ulang = [(waktu pemeriksaan + waktu tenggat) × permintaan rata-rata] + persediaan pengaman

Formula dasar ini telah digunakan untuk mengembangkan model *economic order quantity* (EOQ, jumlah pemesanan ekonomis) (Carroll, 1998; Huffman, 1996; Silbiger, 1999; Tootelian dan Gaedeke, 1993). Karena model EOQ ini mungkin sulit untuk diperoleh dan dihitung, model ini sering dimasukkan ke dalam perangkat lunak komputer yang digunakan oleh banyak apotek untuk mengelola persediaan mereka dan membuat keputusan-keputusan pengadaan. Model EOQ menggambarkan tingkat persediaan dan jumlah pemesanan ulang pada saat ketika biaya kombinasi dari pengadaan dan persediaan pada titik minimum.

Rumusnya adalah

$$Q = \sqrt{\frac{2(c)(D)}{(I)(UC)}}$$

Dengan:

- Q = jumlah pemesanan ekonomis (EOQ)
- c = biaya pengadaan tiap order
- D = permintaan produk dalam dolar atau unit secara fisik
- I = biaya pengiriman persediaan
- UC = biaya unit tiap produk

Faktor lain yang menentukan seberapa banyak barang yang dipesan adalah anggaran. Direktur apotek rumah sakit mungkin memperkirakan anggaran tahun ini dengan meningkatkan anggaran tahun lalu sebesar sekian persen (misalnya, 5 atau 10 persen). Perkiraan anggaran ini akan memberikan petunjuk seberapa banyak uang yang dapat dibelanjakan tiap bulan untuk memesan produk. Para manajer apotek juga mengevaluasi laporan laba dan rugi untuk menentukan apakah produk terlalu banyak dibeli dibandingkan jumlah penjualan.

Menggunakan anggaran terbuka-untuk-membeli dapat membantu mengendalikan investasi dolar total pada persediaan (Carroll, 1998; West, 2003). Cara ini membatasi manajer untuk menentukan jumlah dolar dari pembelian selama periode waktu tertentu. Langkah-langkah dasar dari teknik pembelian ini tercantum sebagaimana berikut (Huffman, 1996; West, 2003). Prosedur ini diulangi setiap bulan.

Langkah 1. Ramalkan anggaran pembelian setiap bulan pada tahun anggaran berikutnya berdasarkan penjualan dan data harga pokok penjualan (HPP) dari tahun sebelumnya.

Langkah 2. Penjualan ramalan tiap bulan dikalikan dengan persen HPP untuk menghitung anggaran pembelian yang belum disesuaikan setiap bulannya.

Langkah 3. Pada setiap akhir bulan, penjualan dan pembelian bulanan yang terjadi dicatat. Pembelian bulan berikutnya kemudian disesuaikan berdasarkan pembelian dan penjualan yang sebenarnya di bulan lalu. Jika penjualan lebih besar dari yang diperkirakan, anggaran pembelian bulan depan dapat ditingkatkan untuk mengakomodasi penjualan yang meningkat. Atau, jika penjualan lebih rendah dari yang diharapkan, anggaran pembelian untuk bulan depan akan dikurangi.

Harga yang Tepat

Setelah produk yang tepat dipilih, penting agar produk tersebut diperoleh dengan harga yang tepat. Pembelian produk-produk farmasi (khususnya obat resep) tidak seperti pembelian mobil karena harga "daftar" atau "label" sering kali berbeda dengan harga akhir yang sebenarnya dibayar oleh apotek. Untuk produk farmasi, daftar harga dan persyaratan penjualan berdampak pada keseluruhan biaya perolehan. *Persyaratan penjualan* berkaitan dengan diskon dan tanggal transaksi (Huffman, 1996; West, 2003).

Diskon

Diskon menggambarkan pengurangan harga, sedangkan *penanggalan transaksi* berkaitan dengan periode waktu yang diperbolehkan untuk mengambil diskon dan tanggal saat faktur harus dibayar. Meskipun ada beberapa jenis diskon, tiga diskon utama dijelaskan di bawah ini.

DISKON JUMLAH Diskon jumlah biasa ditawarkan sebagai insentif pembelian dalam jumlah besar suatu produk tunggal atau kelompok khusus produk tertentu yang ditawarkan oleh produsen (West, 2003). Sebagai contoh, sebuah PBF dapat menjual satu botol obat dengan harga \$100. Diskon jumlah akan berlaku jika apotek memesan satu lusin botol dalam satu waktu, diskon sebesar 2 persen akan diberikan. Jadi jika apotek memesan 12 botol akan dikenakan biaya \$98 tiap botolnya sehingga menghemat uang sejumlah \$24. Diskon-diskon ini berdasarkan pada jumlah produk yang sama yang dibeli pada sekali pemesanan disebut sebagai *diskon jumlah nonkumulatif* (Huffman, 1996; Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003).

Agen pembelian atau manajer apotek sebaiknya memperhatikan diskon-diskon spesial ini dan menyesuaikan pemesanan untuk memperoleh keuntungan darinya. Menganggap bahwa produk yang dibeli dapat terjual di apotek, diskon jumlah dapat menurunkan biaya perolehan aktual dari produk obat. Akan tetapi, para manajer seharusnya juga menyeimbangkan penghematan yang diperoleh dari

diskon jumlah dengan biaya penyimpanan dan pengiriman akibat persediaan yang berlebih, risiko tidak terjualnya produk berlebih tersebut, dan biaya tak terduga yang terjadi karena uang yang dihabiskan di persediaan seharusnya dapat digunakan untuk kepentingan lain.

Beberapa vendor menawarkan diskon jumlah ke apotek jika total pembelian apotek mencapai jumlah target keuangan selama periode waktu tertentu. Diskon yang melibatkan variasi produk pada pemesanan terpisah selama periode waktu tertentu disebut *diskon jumlah kumulatif* atau *diskon tertunda* (Gaedeke, 1993; West, 2003). Sebagai contoh, produsen obat generik sering menawarkan diskon kepada apotek berdasarkan jumlah produk generik yang dibeli selama periode waktu tertentu (misalnya, triwulanan atau tahunan). Begitu juga apotek rumah sakit, apotek yang melayani penjualan eceran, dan lainnya menegosiasikan diskon berdasarkan volume pembelian. Apotek mendapatkan diskon berdasarkan volume pembelian pada periode waktu tertentu. Apotek rumah sakit atau apotek institusional dapat menegosiasikan harga yang lebih rendah karena produk kefarmasian tersebut termasuk dalam formulariumnya. Apotek dapat memperkirakan sejumlah volume tertentu yang akan dibeli atau perolehan persen produk tersebut dari persentase pasar. Sebagai ganti dari persentase pasar atau volume pembelian ini, harga diskon dapat dinegosiasikan.

DISKON TUNAI Diskon tunai adalah diskon kecil yang ditawarkan untuk pembayaran yang cepat dari faktur (Huffman, 1996; Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003). Diskon tunai dinyatakan sebagai persentase dari jumlah sisa setelah semua diskon lainnya telah dikurangi dari faktur. Sebuah diskon biasa tertulis "2/10 EOM, net 30" artinya mendapat diskon 2 persen jika faktur dibayar dalam 10 hari dari tanggal faktur; jika tidak, jumlah bersih sesuai faktur tersebut jatuh tempo dalam 30 hari.

Manajer apotek sebaiknya memperhatikan diskon-diskon ini dan memperoleh keuntungan darinya, terutama karena untuk memperoleh diskon tersebut tidak dibutuhkan pembelian dalam jumlah besar. Para manajer umumnya menyatakan mereka tidak mengambil keuntungan dari diskon tunai karena mereka tidak mempunyai cukup uang tunai untuk membayar faktur mereka dengan cepat. Satu hal yang dapat dilakukan para manajer ini adalah mengambil pinjaman jangka pendek atau mengambil kredit untuk memperoleh uang tunai yang dibutuhkan untuk memperoleh keuntungan dari diskon tersebut. Pada umumnya, penghematan yang disediakan oleh diskon tunai lebih banyak daripada bunga pinjaman.

Transfer dana elektronik (TDE) saat ini digunakan oleh apotek untuk memperoleh keuntungan dari diskon tunai dan bahkan melakukan prabayar untuk pembelian. Sebuah contoh dari diskon ini ditampilkan dalam Tabel 22-1 (West, 2003).

Prapembayaran mensyaratkan apotek untuk membayar di muka seminggu atau sebulan dari tanggal dilakukannya pembelian berdasarkan pembelian rata-rata mingguan atau bulanan selama 3 hingga 6 bulan terakhir. Sebagai ganti dari prapembayaran, para vendor menawarkan para manajer apotek diskon tunai tambahan, memungkinkan para manajer apotek untuk mengurangi HPP-nya. Para vendor menawarkan sistem berbasis *Web* yang memungkinkan para manajer apotek untuk melihat informasi rekening dan faktur secara langsung saat itu juga. Hal ini memungkinkan tagihan yang harus dibayar dimonitor dari dekat dan faktur terbayar secara cepat langsung saat itu juga. Selain itu, sistem ini mengurangi biaya pengadaan bagi apotek dengan mengurangi biaya waktu staf apotek dan pembukuan.

DISKON SERIAL. Diskon serial terjadi ketika diskon ganda diberlakukan pada saat yang sama. Akumulasi diskon serial ditunjukkan pada Tabel 22-3. Pada contoh tersebut, manajer apotek dapat memperoleh produk tersebut kira-kira \$12 lebih murah daripada daftar harga sesungguhnya dengan mengambil keuntungan baik dari diskon jumlah maupun diskon tunai.

Penanggalan

Ketentuan pembelian lainnya yang perlu diperhatikan adalah penanggalan faktur. *Penanggalan* menunjukkan baik waktu sebelum jumlah tertentu diskon mungkin dapat diperoleh maupun waktu ketika pembayaran jatuh tempo (Huffman, 1996; West, 2003). Ada tiga tipe umum penanggalan: (1) *prapembayaran*, ketika apotek membayar untuk barang dagangan sebelum dipesan dan diantar, (2) *tunai di tempat* (*collect on delivery, COD*), ketika tidak ada jeda waktu antara sebelum diskon dapat diperoleh dan pembayaran menjadi jatuh tempo, dan (3) *Dirunda* atau *penanggalan mendatang*, ketika faktur jatuh tempo di suatu waktu di masa mendatang (West, 2003). Saat tidak ada penanggalan tertentu dituliskan di faktur, hal itu biasanya diasumsikan pembayarannya jatuh tempo pada 10 hari dari hari terakhir bulan saat pembelian dilakukan. Dua ketentuan lainnya terkait penanggalan faktur dan pernyataan untuk barang dagangan adalah "KB/ AOG (Arrival of Goods)" berarti "kedatangan barang" dan "ROG" berarti "receipt of goods" (penerimaan barang). Sebagai contoh, "2/10 AOG, net 30" berarti mendapat 2 persen dalam

10 hari setelah menerima barang atau sebaliknya membayar sesuai faktur dalam 30 hari setelah menerima barang.

Vendor yang Tepat

Agar dapat memperoleh produk yang tepat pada waktu dan tempat yang tepat, bergantung pada vendor. Para manajer apotek harus berhati-hati ketika memilih vendor. Walaupun sebuah apotek dapat memilih satu atau lebih vendor, disarankan apotek tersebut mempunyai vendor utama dan vendor cadangan. Membangun hubungan yang positif dengan vendor dapat sangat membantu karena hal itu membuat pengiriman tepat waktu, memperoleh kesempatan-kesempatan pembelian khusus, informasi harga khusus, dan penyelesaian masalah-masalah dengan cepat. Vendor cadangan disarankan untuk waktu-waktu saat produk tidak tersedia di vendor utama karena kekurangan produk obat dan untuk mendapat kesempatan harga spesial.

Di antara mekanisme efektif yang banyak digunakan oleh vendor untuk memasarkan produk-produk mereka ke apotek-apotek, yaitu tenaga penjualan, perwakilan layanan, dan perwakilan tagihan. Individu-individu ini berusaha dengan tekun untuk menjaga komunikasi yang baik dengan klien mereka. Banyak perwakilan PBF, sebagai contoh, mengunjungi atau menelpon pembeli utama tiap 2 hingga 4 minggu. Tenaga penjualan atau perwakilan berperan sebagai sumber penting tentang informasi pasar; sehingga, banyak manajer apotek dapat dengan mudah berbicara dengan tenaga penjualan dan perwakilan yang menelpon mereka. Selain itu, berbicara dengan perwakilan industri farmasi membuat mereka tetap mengikuti program-program dan pelayanan baru yang ditawarkan oleh vendor.

Meskipun harga yang sesuai dan ketentuan pembelian merupakan pertimbangan yang penting ketika memilih vendor, kriteria tambahan harus juga digunakan (Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003) (Tabel 22-4). Memilih vendor dengan reputasi yang baik adalah hal yang diinginkan. Akurasi dan tingkat kelengkapan juga pertimbangan yang penting. Para manajer apotek harus memilih vendor yang menyediakan pelayanan dan produk berkualitas serta jarang kehabisan persediaan. Merupakan hal yang penting memilih para vendor yang pengirimannya tepat waktu dan dapat diandalkan. Pelayanan pengiriman yang tidak konsisten cenderung akan sangat mungkin membuat apotek tidak mempunyai produk yang tepat di waktu yang tepat. Lebih lanjut lagi, disarankan bahwa para manajer apotek mengevaluasi vendor-vendornya secara periodik agar menjamin bahwa apotek menerima harga beserta diskon yang kompetitif. Banyak apotek mencari penawaran dari para pedagang besar farmasi (PBF) secara periodik (misalnya, tiap 3 tahun) untuk menjamin harga yang kompetitif dan pelayanan yang berkualitas.

Jenis-jenis Vendor^{*}

Jenis vendor untuk apotek yang paling umum adalah pedagang besar farmasi (PBF). PBF atau distributor sering dikenal sebagai *middlemen* (*perantara*). Mereka mencari lokasi pasar dan membeli banyak ragam produk dari ribuan produsen dan vendor yang berbeda. Mereka kemudian menjual produk-produk tersebut ke apotek-apotek untuk digunakan dan dijual kembali. Saat ini sebagian besar pedagang besar farmasi (PBF) dapat dideskripsikan dengan istilah *pedagang besar farmasi dengan pelayanan lengkap* (Huffman, 1996; West, 2003).

Fungsi paling penting dari pedagang besar farmasi dengan pelayanan lengkap bagi manajer apotek adalah pelayanan sebagai agen pembelian. Ini berarti bahwa PBF tersebut mengantisipasi kebutuhan apotek, pergi ke pasar untuk memperoleh barang yang dibutuhkan, dan menyediakan barang tersebut pada waktu yang tepat (West, 2003). Pengumpulan barang ini merupakan pekerjaan besar karena melibatkan ribuan jenis produk berbeda yang PBF simpan sampai barang tersebut diinginkan oleh apotek. Dari sudut pandang manajer apotek, jauh lebih efisien berbisnis dengan pedagang besar farmasi dengan pelayanan lengkap yang mempunyai banyak produk dari banyak vendor yang berbeda daripada harus membeli produk-produk dari tiap vendor secara terpisah. Sebagian besar PBF menawarkan pengiriman *just-in-time* (saat itu juga, JIT) yang memungkinkan pengiriman hari berikutnya, oleh karenanya mengurangi risiko apotek dan meningkatkan arus kas apotek.

Sebagai tambahan dari pengumpulan berbagai jenis produk, PBF dengan pelayanan lengkap memberikan program dan pelayanan penting lainnya yang dapat ditawarkan sebagai pelengkap atau dikenakan biaya. Perwakilan keuangan (*account representative*) dapat menyediakan informasi mengenai teknik pemasaran dan memajang barang dagangan, membantu desain dan tata letak apotek, serta menyediakan laporan manajemen persediaan yang disesuaikan dan informasi terkait ketersediaan produk baru.

Program yang ditawarkan oleh PBF termasuk menawarkan produk dengan label khusus, pelayanan pengemasan kembali, dan program inden untuk meningkatkan manajemen persediaan apotek. Sebuah program inden berarti bahwa apotek dapat memesan sebuah produk dengan inden, dan begitu PBF mendapat produk tersebut, apotek yang melakukan inden mendapat status pengiriman dengan prioritas utama dan dikirimkan sebelum hari pemesanan rutin. Beberapa PBF menawarkan program berupa produk dikirimkan

Kriteria Pemilihan Vendor

- Apakah vendor adalah pedagang besar farmasi dengan pelayanan lengkap? Apakah mereka menawarkan pengiriman barang yang tepat?
- Apakah mereka menyediakan informasi yang akurat dan obyektif mengenai harga obat tersebut? Apakah mereka menyediakan informasi mengenai kualitas obat tersebut?
- Apakah mereka menegosiasikan harga dan ketentuan pembayaran yang menguntungkan?
- Apakah mereka menawarkan pelayanan yang memuaskan?
- Apakah mereka menyediakan pilihan pengiriman yang tepat?
- Apakah mereka mempunyai hubungan dengan vendor lain? Seberapa sering perwakilan mereka akan menghubungi apotek? Dapatkah saya membangun hubungan bisnis yang positif dengan vendor ini?
- Apakah mereka menawarkan pelayanan yang memuaskan?
- Apakah mereka membantu terkait persediaan dan informasi, menyediakan analisis dan laporan persediaan, serta membantu tata letak dan desain apotek? Apakah mereka menawarkan label khusus untuk beberapa produk?
- Teknologi apa yang ditawarkan mereka untuk membantu manajemen pembelian dan persediaan?

dalam bentuk konsinyasi, artinya bahwa apotek tidak harus membayar sampai produk tersebut terjual. Hal ini mengurangi sejumlah uang di apotek yang telah diinvestasikan dalam bentuk persediaan. Beberapa PBF juga menawarkan program kepemilikan apotek dan pelayanan pendampingan pembayaran pihak ketiga (asuransi). Program kepemilikan membantu orang yang membeli sebuah apotek dengan menyediakan uang sejumlah tertentu untuk persediaan awal, konsultasi desain tata letak penyimpanan, dan pelayanan lainnya. Pelayanan pendampingan pembayaran dengan pihak ketiga termasuk pengontrakan dengan pembayar ketiga, pendampingan audit manajemen keuntungan apotek, dan alat yang dapat membantu terkait masalah-masalah pembayaran kompensasi oleh pihak ketiga.

Beberapa apotek jaringan yang besar banyak menggunakan fungsi pelayanan PBF tersebut dalam organisasi mereka. Apotek ini harus memikirkan fungsi-fungsi PBF seperti pembelian, penyimpanan, keuangan, dan pengiriman produk-produk terhadap tiap unit mereka. Meskipun apotek jaringan ini melayani sebagai "vendor" utama mereka sendiri, mereka masih sering memanfaatkan PBF yang lengkap jenisnya sebagai vendor cadangan untuk memperoleh produk-produk terpilih/tertentu atau dalam keadaan tertentu.

Apotek dalam berbagai tempat praktiknya sehari-hari berpartisipasi dalam beberapa tipe organisasi pembelian kelompok (OPK) atau organisasi pembelian pusat (Carroll, 1998; West, 2003). Tujuan dari sebuah OPK adalah untuk mengumpulkan daya beli dari apotek bersama-sama untuk

^{*}Sebagian isi dari bagian ini diambil dengan izin dari West DS. Purchasing and inventory control. Dalam Jackson R (ed), *Effective Pharmacy Management CD-ROM*, 9th ed. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association Foundation, 2003, Sec. 17.

memperoleh harga yang lebih baik dan diskon dari vendor. Dengan margin laba yang dibatasi dan anggaran obat yang diperiksa dengan teliti, apotek mencari cara untuk menurunkan biaya obat-obatan. Sebuah OPK bernegosiasi dengan PBF dan produsen untuk memperoleh harga yang lebih baik. Satu hal penting untuk diingat adalah apotek-apotek yang berpartisipasi tersebut harus memesan produk-produk sesuai ketentuan kontrak OPK mereka agar dapat memperoleh harga khusus dan penghematan biaya obat. Jika farmasis atau tenaga teknis kefarmasian tidak memperhatikan kontrak ketika pemesanan, mereka mungkin memilih produk yang dibutuhkan secara acak dari daftar sumber potensial. Jika pilihan tersebut tidak sesuai dengan kontrak, apotek tidak akan memperoleh harga yang dinegosiasikan.

Rumah sakit dan apotek rumah sakit umumnya merupakan anggota OPK, dengan menggunakan daya beli dari ratusan rumah sakit untuk menegosiasikan biaya akuisisi terbaik melalui penawaran yang kompetitif. OPK rumah sakit ini sering menawarkan tender hampir di setiap jenis barang yang digunakan di rumah sakit, termasuk peralatan, bahan-bahan, dan obat-obatan. OPK juga mengontrak pelayanan PBF untuk memilih PBF yang memiliki kombinasi segi pelayanan, keandalan, dan biaya yang terbaik. Kantor pusat OPK mengelola penawaran dan kontrak tersebut melalui proses formal. Para ahli yang merupakan perwakilan dan profesional di dalam rumah sakit anggota OPK ini mewakili kelompok pembelian dalam proses tender dan pemilihan. Sebagai contoh, OPK biasanya mencari nasihat dari farmasis klinis tentang perbandingan efikasi obat dan tren di masa depan dalam terapi obat.

Sebuah *kelompok pembelian apotek* didefinisikan sebagai sebuah organisasi apotek yang bertujuan untuk mendapatkan harga obat yang lebih baik untuk para anggotanya (misalnya, apotek di komunitas, apotek di rumah sakit, dan fasilitas perawatan jangka panjang) berdasarkan daya beli kolektif mereka. Sebagian besar, jika tidak semua, PBF terhubung dengan satu atau lebih kelompok pembelian. PBF tersebut akan bekerja sama dengan apotek tersebut agar menemukan kelompok pembelian terbaik untuk bergabung. Selain itu, farmasis harus mengidentifikasi kelompok pembelian dengan penetapan harga yang kompetitif dan kemudian memilih sebuah PBF yang mempunyai hubungan dengan kelompok pembelian tersebut. Sebagian besar kelompok pembelian mengambil iuran bulanan atau tahunan kepada anggotanya.

Pilihan lain yang digunakan oleh apotek adalah membeli langsung ke industri farmasi. Akan tetapi, banyak produsen mempunyai ketentuan dasar minimal pembelian, hal ini menjadikan pembelian dari produsen kurang disukai. Apotek dapat menerima diskon berdasarkan banyaknya pembelian dari PBF sehingga memberikan dorongan bagi apotek tersebut untuk membeli sebagian besar produk yang dibutuhkan dari

satu PBF. PBF juga menawarkan layanan pengiriman hari berikutnya dan pelayanan bernilai tambah lainnya yang membantu manajer apotek meminimalkan biaya persediaan. Oleh karena itu sebagian besar apotek sangat sering tidak membeli produk langsung dari para produsen.

Apotek, khususnya yang mempunyai formularium (misal, apotek di rumah sakit), yang membeli dalam jumlah banyak produk obat terpilih dapat bernegosiasi harga secara langsung dengan para produsen. Tawaran untuk produk-produk tersebut dicari dari produsen, dan kemudian harga kontrak disetujui antara apotek dengan produsen. Meskipun kontrak tersebut melibatkan sebuah apotek dan sebuah industri farmasi, distribusi dari produk tersebut biasanya melibatkan PBF (Carroll, 1998). Apotek tersebut akan memesan produk itu dari PBF dan mendapat harga yang telah dinegosiasikan dengan produsen. PBF kemudian menagih produsen selisih antara daftar harga dan harga yang telah dinegosiasikan (sering disebut *menagih kembali*), dan sebagai gantinya, produsen memasukkan kredit untuk akun PBF.

■ PROSES PEMBELIAN

Biasanya, seseorang yang ditunjuk (misal, agen pembelian atau teknisi apotek) akan memesan melalui telepon, fax, atau komputer dan menerima konfirmasi pesanan. Hal ini mungkin terlihat bahwa fungsi pembelian selesai ketika dilakukan pemesanan dan barangnya tiba di apotek; namun, masalahnya tidak sesederhana itu. Produk tersebut harus dihitung, diperiksa rusak atau tidak, dan distok di rak (West, 2003). Ketika pesanan datang, seorang teknisi apotek atau individu yang ditunjuk lainnya harus menghitung secara fisik tiap jenis yang diterima dan membandingkannya dengan faktur. Alat-alat yang menggunakan teknologi *barcode* dapat digunakan untuk memfasilitasi proses tersebut. Petugas dapat memindai *barcode* dari semua jenis ke dalam *tote* untuk menghasilkan daftar yang sama persis dengan apa yang ada dalam *tote*. Daftar ini kemudian dapat dibandingkan dengan faktur. Produk tersebut juga harus diperiksa untuk segala kerusakan atau tanggal kadaluarsa yang dekat. Vendor harus diberitahu sesegera mungkin jika ada perbedaan atau kerusakan produk. Pada saat penerimaan, produk harus dipindahkan pada area penyimpanan sementara atau distok di rak. Penyimpanan persediaan yang sesuai merupakan hal penting. Penyimpanan yang tidak sesuai dapat menyebabkan produk menjadi tidak bisa dijual lagi, menyebabkan kerugian persediaan, penjualan, dan laba. Ketika produk baru ditambahkan di rak, teknisi harus merotasi barang yang ada, yakni menempatkan barang yang baru datang di belakang botol-botol sebelumnya. Hal ini untuk memastikan bahwa stok sebelumnya dapat digunakan lebih dahulu, dengan harapan sebelum produk tersebut menjadi kadaluarsa. Sebagaimana didiskusikan sebelumnya dalam bab ini, dalam

sistem perangkat lunak sebagian besar apotek di komunitas dan di rumah sakit. pilihan tersedia bagi perangkat lunak untuk menghitung produk yang masuk dan keluar serta secara otomatis memesan produk untuk melengkapi stok berdasarkan model seperti jumlah pemesanan ekonomis (*economic order quantity*, EOQ). Akan tetapi penting untuk diingat bahwa sistem ini hanya bekerja optimal sesuai dengan proses memasukkan informasi, termasuk pengurangan persediaan melalui semua jalur termasuk pencurian barang dan barang yang tidak berguna.

■ MANAJEMEN PERSEDIAAN

Persediaan merujuk pada stok produk yang disimpan untuk memenuhi kebutuhan di masa mendatang. Apotek menyimpan persediaan untuk mengantisipasi fluktuasi kebutuhan, untuk mengambil keuntungan dari banyaknya diskon, dan untuk menahan fluktuasi di pengadaan (misalnya, pengiriman yang terlambat) (West, 2003). Ada empat biaya yang berkaitan dengan persediaan: biaya akuisisi, biaya pengadaan, biaya pengiriman, dan biaya kehabisan stok (Carroll, 1998; Huffman, 1996; Silbiger, 1999; Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003).

Biaya akuisisi adalah harga yang apotek bayar untuk produk tersebut. *Biaya pengadaan* adalah biaya-biaya yang berkaitan dengan pembelian produk tersebut: pemeriksaan persediaan, pemesanan, penerimaan pesanan, menyetok produk, dan pembayaran faktur-faktur. *Biaya pengiriman* merujuk pada penyimpanan, penanganan, asuransi, biaya permodalan untuk membiayai persediaan tersebut, dan biaya tak terduga. Biaya pengiriman lainnya adalah biaya kehilangan karena pencurian, kemerosotan kualitas, dan kerusakan. Biaya pengadaan dan pengiriman harus seimbang. Sebagai contoh, peningkatan volume pesanan rata-rata dan penurunan jumlah pemesanan akan menurunkan biaya pengadaan, tetapi meningkatkan biaya-biaya pengiriman. Biaya keempat adalah *biaya kehabisan stok*, yaitu biaya yang muncul karena tidak dimilikinya sebuah produk di rak ketika seorang pasien membutuhkan atau menginginkannya. Hal ini dapat membuat frustrasi farmasis yang harus menjelaskan kenapa produk tidak tersedia dan menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien dan dokter (Carroll, 1998).

Manajemen persediaan adalah praktik dari perencanaan, pengorganisasian, dan pengontrolan persediaan sehingga hal itu berkontribusi terhadap profitabilitas bisnis (Huffman, 1996; West, 2003). Tujuan dari manajemen persediaan adalah meminimalkan jumlah uang yang diinvestasikan di persediaan serta biaya pengadaan dan pengiriman namun juga menyeimbangkan antara persediaan dengan permintaan (Huffman, 1996; Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003). Manajemen persediaan merupakan kunci penting bagi keberhasilan sebuah apotek sebab manajemen persediaan yang

efisien dapat menjaga biaya tetap rendah, meningkatkan arus kas, dan meningkatkan pelayanan. Sebaliknya, manajemen persediaan yang salah akan menyebabkan peningkatan biaya operasional dan biaya tak terduga.

Mengevaluasi Manajemen Persediaan

Rasio yang paling umum digunakan untuk menentukan seberapa baik sebuah apotek mengelola persediaannya adalah dengan *inventory turnover rate* (tingkat perputaran persediaan, ITOR). ITOR dapat dihitung untuk apotek keseluruhan, untuk departemen (misal, resep atau produk tanpa resep/OTC), dan bahkan untuk tiap produk. ITOR ditampilkan sebagai sebuah rasio dan dihitung dengan menggunakan rumus berikut (Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003, 2006):

ITOR = harga pokok penjualan : rata-rata nilai persediaan (pada biaya)

ITOR = harga pokok penjualan : [(nilai persediaan awal + nilai persediaan akhir):2]

Harga pokok penjualan (HPP) dapat diperoleh dari laporan pendapatan apotek (laba dan rugi) pada waktu tertentu. Rata-rata nilai persediaan dapat diperoleh dari laporan neraca apotek pada awal dan akhir periode seperti di dalam laporan pendapatan. Laporan neraca harus memuat nilai persediaan apotek pada tiap waktu tersebut. ITOR mengindikasikan efisiensi bagaimana persediaan digunakan. ITOR mengukur seberapa cepat persediaan dibeli, dijual, dan diganti. Dua keuntungan meningkatkan ITOR adalah mengurangi investasi di persediaan sehingga memudahkan penggunaan modal untuk kepentingan bisnis lain dan meningkatkan tingkat pengembalian investasi persediaan.

Tabel 22-5 memberikan contoh bagaimana menghitung ITOR. Pada contoh ini, ITOR tahunan keseluruhan apotek adalah 10. Artinya bahwa apotek ini, secara rata-rata, menjual semua persediaan yang disimpan di apotek sejumlah 10 kali selama setahun. ITOR ini sama dengan rata-rata nasional untuk apotek independen (West, 2006), mengindikasikan bahwa manajer apotek mungkin mengelola persediaan secara efisien. Membandingkan rasio tahun ini dengan rasio tahun lalu juga menunjukkan bahwa manajer meningkatkan efisiensinya dalam mengelola persediaan sebab ITOR meningkat dari waktu ke waktu. Perlu dicatat bahwa jika HPP tetap konstan selama setahun dan rata-rata persediaan meningkat, ITOR akan menurun. Hal ini mengindikasikan bahwa persediaan tetap di dalam rak dan tidak terjual. Manajer apotek kemudian akan menentukan apakah dia memesan produk terlalu banyak atau memesan produk yang salah.

Secara keseluruhan, manajer apotek harus memastikan bahwa ITOR tidak terlalu tinggi. Jika ITOR terlalu tinggi,

Contoh ITOR	
ITOR Apotek Smith selama tahun 2005=8,2	
ITOR Apotek Smith selama tahun 2006=9,5	
Data Apotek Smith selama tahun 2007	
Pembelian: \$1.500.000	Biaya barang yang terjual
	\$1.500.000
Intensitas: \$500.000	Biaya total
	\$450.000
Labar bersih: \$50.000	Rata-rata persediaan
	\$150.000
ITOR: $\frac{\$500.000}{\$150.000} = 3,33$	
ITOR: $\frac{\$1.500.000}{\$150.000} = 10$	

hal itu mengindikasikan seringnya terjadi kehabisan stok. Sebaliknya, jika ITOR terlalu rendah, apotek akan mempunyai persediaan terlalu banyak yang tidak terjual atau tidak digunakan. Karena uang tunai dihabiskan untuk membeli produk, tetapi uang tunai tidak mengalir dari penjualan produk tersebut. Memutuskan nilai ITOR apakah terlalu tinggi atau terlalu rendah adalah tergantung apotek. Manajer apotek juga harus memikirkan acuan dasar nasional maupun regional dan juga tren apotek ketika menginterpretasikan ITOR. ITOR adalah salah satu indikator yang harus dipertimbangkan ketika mengelola persediaan, tetapi hal itu harus diinterpretasikan sesuai dengan konteks apotek tersebut. Sebagai contoh, nilai ITOR 30 mungkin dapat diterima jika apotek mampu memesan dan menerima barang-barang secepatnya dari vendor dan belum pernah ada keluhan kekurangan persediaan. Hal itu mungkin lebih membantu bagi manajer apotek untuk melihat ITOR pada deret produk atau departemen untuk memfasilitasi pembuatan keputusan.

Seiring margin kotor yang terus menyusut di apotek, ritel dan anggaran obat semakin diperketat di apotek rumah sakit, manajer apotek mau tidak mau harus lebih efisien dalam operasionalnya. Salah satu cara untuk meningkatkan efisiensi adalah dengan mengelola persediaan dengan baik. Tren menunjukkan bahwa manajer apotek dari berbagai latar ruang lingkup tempat praktik sedang berusaha untuk mengelola persediaan mereka dengan lebih efisien. Sebagai contoh, pemilik apotek independen telah meningkatkan ITOR keseluruhan mereka dari 6,3 di tahun 1995 menjadi 10,4 di tahun 2005 (West, 2006). Terlebih lagi, persediaan obat resep biasanya berputar lebih cepat dibanding perputaran keseluruhan barang. ITOR pada tahun 2005 untuk apotek-apotek independen adalah 10,4 untuk semua barang dan 11,8 untuk persediaan obat resep (West, 2006). Apotek rumah sakit harus berusaha keras untuk ITOR minimal 14 (Alverson, 2003). Pengiriman JIT dan sistem persediaan

terkomputerisasi telah memfasilitasi kenaikan efisiensi ini dalam manajemen persediaan, terutama dalam persediaan obat resep.

Indikator lain dari kemampuan manajer apotek untuk mengelola investasi dalam persediaan secara efisien adalah rasio laba bersih terhadap rata-rata persediaan. Rasio ini mengindikasikan apakah persediaan digunakan secara efisien untuk memperoleh keuntungan. Manajer apotek umumnya menginginkan mempunyai rasio lebih besar dari 20 persen.

Faktor yang Dipertimbangkan dalam Manajemen Persediaan

Manajer apotek harus mempertimbangkan beberapa faktor ketika mengevaluasi persediaannya:

- *Pemilihan produk generik.* Produk obat generik umumnya mempunyai biaya akuisisi yang lebih rendah, dan oleh karena itu, dengan menyetok produk generik, sejumlah uang yang diinvestasikan di persediaan berkurang (Carroll, 1998). Sebagai contoh, seorang farmasis memutuskan tidak menyediakan merk dagang Lasix sebab generik furosemid lebih murah sehingga mengurangi sejumlah uang yang diinvestasikan di persediaan.
- *Pengurangan volume persediaan.* Seorang farmasis memutuskan mempunyai sedikit barang yang dipajang di apoteknya untuk mengurangi investasi di persediaan. Dia dapat mempunyai hanya deret produk dasar (yakni, lebih sedikit merk dagang dan produk) sebagai kebalikan dari jenis produk lengkap (yakni, tiap merk dan tiap produk).
- *Kebijakan pengembalian barang.* Satu komponen penting adalah evaluasi kebijakan pengembalian barang. Banyak produsen dan PBF telah mempunyai kebijakan tentang barang yang dapat dikembalikan. Sebagai ganti untuk pengembalian barang yang tidak terjual, para vendor ini menyediakan kredit untuk pembelian di masa mendatang, penggantian barang, atau bahkan mengembalikan uang tunai ke apotek. Sebuah contoh kebijakan pengembalian barang PBF diilustrasikan di Tabel 22-1. Manajer apotek harus mengawasi produk secara teliti yang memenuhi kebijakan pengembalian barang, memastikan pengembalian tersebut dilakukan secara rutin dan periodik sebelum batas waktunya. Disarankan pula untuk mempunyai anggota staf yang bertanggung jawab memeriksa rak-rak secara periodik terhadap jenis yang kadaluarsa atau jenis yang tidak terjual. Karena mengelola pengembalian barang adalah penting, beberapa apotek menggunakan perusahaan pelayanan pengembalian barang untuk membantu mereka untuk mengelola barang-barang yang dikembalikan tersebut. Perusahaan ini akan mengevaluasi

persediaan apotek, mengembalikan produk yang sesuai, dan sering mengembalikan uang dari produk yang dikembalikan dalam 30 hingga 60 hari. Perusahaan ini meminta bayaran berdasarkan jumlah barang yang dikembalikan. Satu keuntungan utama perusahaan ini adalah mereka menyadari kebijakan spesifik dari tiap produsen dan pedagang besar farmasi (PBF) dan dapat dengan cepat mengidentifikasi produk mana yang dikembalikan.

- *Manajemen resep-resep yang tidak diklaim.* Kurang lebih 1,5 persen dari semua resep yang diterima dan/atau dilayani di apotek di komunitas tidak diklaimkan. (McCaffrey et al., 1998). Seorang farmasis harus memperhatikan jumlah persediaan yang telah digunakan untuk melayani resep-resep yang tidak diklaimkan ini. Hal ini penting bagi farmasis untuk memonitor resep-resep yang tidak diklaimkan dan setelah periode waktu tertentu (misalnya, 14 hari) mengembalikan stok tersebut ke rak.
- *Pengawasan terhadap penyusutan.* Penyusutan persediaan meliputi kehilangan akibat pencurian barang di apotek, pencurian oleh karyawan, dan perampokan. Diperkirakan 0,7 hingga 4,5 persen dari penjualan hilang akibat penyusutan (Garner, 1994). Penyebab utama penyusutan bagi sebagian besar apotek adalah pencurian oleh karyawan. Oleh karenanya, penting merekrut personel yang jujur dan mengawasi aktivitas mereka, khususnya yang bekerja di area resep dari sebuah apotek, sebab pencurian terhadap bahan-bahan yang dikontrol/diawasi di apotek semakin problematis. Sama pentingnya dengan staf apotek yang teliti, memberikan salam kepada pelanggan, menjaga kerapian pajangan, memasang cermin keamanan dan kamera, dan memindahkan instalasi permanen untuk meminimalkan pencurian di apotek. Beberapa apotek menggunakan teknologi seperti *barcode* kontrol persediaan untuk mencegah kehilangan produk dari pencurian.
- *Penggunaan formularium.* Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, instalasi farmasi umumnya menggunakan formularium untuk membantu manajemen persediaan (Pearce dan Begg, 1992). Sebuah formularium memungkinkan manajer apotek untuk mempunyai satu terapeutik ekuivalen dalam satu kelas obat sebagai ganti dari tiap produk obat dalam kelas tersebut. Hal ini memungkinkan manajer apotek untuk menurunkan keseluruhan investasi dalam persediaan.

Metode Manajemen Persediaan

Tiga metode yang umum digunakan di apotek untuk mengelola persediaan: metode visual, metode periodik, dan metode terus-menerus (Carroll, 1998; Tootelian dan Gaedeke, 1993; West, 2003). *Metode visual* mensyaratkan

farmasis atau petugas yang ditunjuk untuk melihat jumlah unit pada persediaan dan membandingkannya dengan daftar yang berisi berapa banyak barang yang harus distok. Ketika jumlahnya jauh di bawah dari jumlah yang diinginkan, dilakukanlah pemesanan. *Metode periodik* mensyaratkan farmasis atau petugas yang ditunjuk untuk menghitung stok yang ada pada interval yang ditetapkan sebelumnya dan membandingkannya dengan level minimal yang dikehendaki. Jika jumlah di bawah minimum, produk tersebut dipesan.

Biasanya, petugas yang ditunjuk bertanggung jawab untuk memeriksa rak-rak dan melakukan pemesanan. Manajer apotek harus mempunyai daftar periksa spesifik, mengindikasikan bahwa orang tersebut harus melakukan peninjauan stok tiap minggunya atau mencari produk kedaluarsa tiap bulannya. Selain melakukan pemesanan dan menjaga pemesanan persediaan berada pada level tertentu. Petugas di persediaan ini akan belajar tingkat perputaran untuk produk tertentu dan akan mengembangkan keterampilan pembelian untuk apotek. Metode ini memungkinkan orang pembelian untuk bertanggung jawab terhadap fluktuasi di persediaan dan permintaan. Saat ini, orang pembelian lebih suka untuk menggunakan sebuah alat elektronik yang dipegang tangan yang ke dalamnya angka dan jumlah jenis dimasukkan atau alat pindai yang dipegang tangan yang memindai *barcode* di kemasan produk atau label rak (Carroll, 1998; West, 2003). Alat-alat ini kemudian dapat digunakan untuk memasukkan sebuah pesanan secara elektronik.

Walaupun metode visual dan periodik masih digunakan hingga sekarang, *sistem persediaan terus menerus (perpetual)* juga umum digunakan di apotek di berbagai latar belakang praktik. Sistem terus-menerus ini merupakan sistem manajemen persediaan terkomputerisasi. Sistem manajemen persediaan terus menerus merupakan metode yang paling efisien untuk mengelola persediaan. Metode ini memungkinkan persediaan tersebut dapat dimonitor setiap saat. Seluruh persediaan harus dimasukkan di komputer, dan dengan peracikan tiap resep, persediaan yang sesuai dapat dikurangi secara otomatis. Sistem terus menerus ini dapat memberitahukan dengan tepat jumlah persediaan yang ada untuk semua produk di setiap saat. Dengan demikian manajer apotek dapat dengan cepat memperkirakan nilai dari persediaan sekarang.

Sistem komputer dapat digunakan untuk menghitung EOQ dan titik pemesanan ulang sehingga sebuah produk dipesan kembali secara otomatis ketika persediaan di bawah standar minimum (West, 2003). Sistem jenis ini mengurangi biaya pengadaan secara signifikan. Walaupun komputer dapat diprogram untuk memesan produk secara otomatis, penting bagi staf apotek untuk memonitor persediaan tiap hari dan membuat koreksi untuk variasi akibat fluktuasi pada persediaan dan permintaan.

Untuk memelihara sistem persediaan terus-menerus ini, semua pembelian dan penjualan harus dimasukkan ke dalam sistem komputer. (Carroll, 1998; West, 2003). Juru tulis dapat memasukkan data dari pembelian, atau sistem peracikan komputer dapat dihubungkan dengan sistem komputer untuk pemesanan. Penghubungan tersebut memungkinkan persediaan dikurangi ketika sebuah produk diracik. Data penjualan dapat juga dimasukkan pada titik penjualan dengan alat yang menggunakan pindai optik dan teknologi barcode. Alat Point-of-Sale (titik penjualan. POS) bermanfaat karena meningkatkan ketepatan pemberian harga dan data persediaan. Mereka tidak lagi memakai label harga, mengurangi frekuensi kesalahan pemberian harga, dan secara otomatis dapat melacak persediaan.

Tanpa memedulikan metode mana yang digunakan, sebagian besar apotek juga melakukan pemeriksaan fisik terhadap persediaan yang ada minimal satu kali setahun. Hal ini termasuk juga menghitung atau memindai setiap produk di apotek. Staf apotek kemudian membandingkan jumlah produk yang ada dengan yang tertera di komputer atau nilai persediaan dari laporan keuangan dengan barang yang ada di rak. Penting melakukan pemeriksaan fisik persediaan untuk memverifikasi secara periodik ketepatan laporan keuangan apotek. Selain itu juga, manajer apotek harus menaati peraturan dewan kefarmasian negara bagian untuk menghitung dan mengontrol persediaan terhadap obat-obat yang harus diawasi, terutama narkotika.

Peran Teknologi

Berdasarkan penjelasan sebelumnya mengenai proses pembelian dan sistem persediaan terus menerus, seseorang dapat mengetahui nilai dari teknologi dalam manajemen persediaan. Oleh karenanya, sistem manajemen persediaan terkomputerisasi sekarang umum di apotek berbagai latar belakang praktik. Teknologi memungkinkan farmasis untuk mengelola persediaan lebih cepat dan lebih akurat.

Sistem komputer ini dapat mengintegrasikan manajemen persediaan, informasi, dan biaya. Kemampuan untuk mengintegrasikan data persediaan dan biaya memungkinkan untuk menghasilkan laporan dan analisis dengan susunan yang luas. Farmasis menggunakan laporan manajemen ini untuk mengidentifikasi jenis dengan perputaran yang tinggi dan yang rendah serta menentukan tingkat stok untuk alokasi ruangan rak yang lebih baik. Contoh-contoh laporan manajemen persediaan meliputi:

- *Laporan tren pembelian*—mendeskripsikan jumlah pembelian dari produk OTC dan produk obat resep tiap bulan atau triwulanan.
- *Laporan analisis penjualan*—memperlihatkan laporan 12-bulan berjalan yang meliputi jumlah pemesanan, jumlah

pengiriman, jumlah tidak tersedia, barang kembali, kredit, dan dolar yang dihabiskan.

- *Laporan pergerakan jenis*—daftar jenis yang paling banyak terjual.

Banyak PBF yang akan menyediakan perangkat keras dan perangkat lunak untuk sistem manajemen persediaan. Tren terkini adalah sistem berbasis jaringan. Sistem ini memungkinkan manajer apotek untuk melihat langsung pada saat itu juga jumlah yang ada di PBF tersebut, daftar harga, status inden produsen, dan katalog *online*. Sistem berbasis jaringan ini juga memungkinkan staf apotek untuk mengecek pemesanan, faktur, dan informasi tagihan pada saat itu. Keuntungan lainnya adalah staf apotek dapat melakukan pemesanan dan melihat informasi tagihan dari lokasi di luar apotek.

Staf apotek juga dapat memesan persediaan melalui internet, yang disebut *pengadaan-elektronik*. Pengadaan-elektronik memungkinkan apotek menerima alokasi jenis dan konfirmasi pesanan dengan segera. Sistem yang canggih ini mengurangi waktu dan usaha yang diperlukan untuk pengadaan secara drastis. Harga dapat diperbaharui setiap hari atau minggu dengan menggunakan transmisi faktur elektronik, serta barang kembali dan kredit dapat diselesaikan secara elektronik. Faktur kemudian dibayar dengan transfer dana elektronik (TDE).

Penting untuk dicatat bahwa bahan-bahan terkontrol *Class-II* (C-II) sekarang dapat dipesan secara elektronik. Farmasis harus mendaftar terlebih dahulu kepada U.S. Drug Enforcement Agency (DEA) untuk memperoleh sertifikat digital. Pemesanan C-II dibuat dengan menggunakan sistem persediaan terkomputerisasi, secara elektronik ditandatangani dengan menggunakan sebuah sertifikat digital yang diproteksi dengan sandi, kemudian memesan secara elektronik kepada PBF.

Tampak jelas, teknologi digunakan untuk memfasilitasi pemesanan, penerimaan, pengelolaan, dan pembayaran produk. Seiring teknologi terbaru yang tersedia, apotek akan menyesuaikan teknologi ini untuk meningkatkan efisiensi manajemen persediaan mereka. Baru-baru ini, ada lebih banyak fokus pada penggunaan cip mikro identifikasi frekuensi radio (*radio frequency identification*, RFID) untuk memperbaiki distribusi produk dari produsen ke PBF lalu ke apotek (FDA, 2007). Di pabrik, sebuah cip mikro RFID, atau "label," akan ditempelkan pada sebuah produk. Label berisi data tempat produk tersebut diproduksi, kapan produk tersebut tiba di gudang, dan kapan distok di rak. Label juga memungkinkan pengecer menelusuri jenis produk itu melalui produksi dan distribusi. Sebagai contoh, ketika sebuah produk tiba di toko, sensor dapat memperbarui persediaan toko. Sensor juga dapat mendeteksi produk meninggalkan rak dan secara otomatis memesan kembali produk dari produsen. Label RFID berbeda

dari *barcode* dalam hal kapasitas memorinya yang lebih besar, memungkinkan data dapat ditambahkan dan diubah, dan tidak perlu secara fisik dipindai untuk mengakses informasi yang disimpan. Data dapat dikirim melalui udara dan dapat menembus pakaian. Oleh sebab itu label RFID menyediakan serangkaian penjagaan untuk apotek dan membantu melindungi dari pencurian. Sebagaimana produsen dan PBF mengimplementasikan kegunaan teknologi ini, farmasis juga akan mengevaluasi nilai dari teknologi tersebut bagi apotek.

■ KEAMANAN DISTRIBUSI OBAT

Bab ini difokuskan terutama pada manajemen pembelian dan persediaan menurut perspektif bisnis apotek—mempunyai produk yang tepat dan tersedia untuk dijual sekaligus mengurangi investasi pada persediaan. Sekalipun demikian, distribusi produk farmasi dari produsen hingga ke apotek diperiksa dengan ketat untuk menjamin keamanan obat. Oleh karena itu, staf apotek juga harus fokus terhadap integritas rantai-persediaan. Diperkirakan bahwa peredaran obat palsu di dunia senilai \$32 milyar, dan 1 hingga 2 persen obat di Amerika Utara adalah palsu (National Association of Boards of Pharmacy, 2007). Bahkan mungkin saja obat yang diracik oleh apotek yang bereputasi adalah palsu (National Association of Boards of Pharmacy, 2007).

Staf apotek harus mewaspadaikan kemungkinan adanya pembelian dan peracikan obat palsu. Untuk menjamin bahwa produk obat adalah asli, farmasis harus memilih vendor yang bereputasi baik dengan sistem pengiriman yang dapat dipercaya. Terdapat PBF besar yang berskala nasional dan regional yang disebut sebagai “distributor resmi” yang membeli langsung dari produsen. Ada ribuan PBF sekunder yang membeli produk dari PBF lainnya atau mengemas ulang yang mungkin saja sah atau tidak sah. Jika vendor kurang terkenal menelpon dengan tawaran khusus untuk sebuah produk yang kelihatannya terlalu bagus untuk jadi kenyataan, kita perlu curiga. Ketika paket tiba, staf apotek harus mengecek adanya kemasan lama atau sobek, label yang kusam di sekitar tanggal kedaluarsa, tanda-tanda kemasan yang jelas hilang, atau produk atau kemasan terlihat berbeda dari biasanya. Farmasis yang mencurigai bahwa mereka telah membeli obat palsu harus melaporkannya ke program Medwatch dari Food and Drug Administration (FDA), produsen dari produk obat tersebut, organisasi farmasi mereka, dan pihak yang berwajib setempat.

Untuk menjamin integritas dari distribusi obat di Amerika Serikat, FDA menyaratkan distributor obat untuk menyediakan dokumentasi dari serangkaian pemeliharaan produk obat, terutama untuk produk-produk yang berisiko tinggi untuk dipalsukan (misal, Lipitor, Celebrex, Nexium, Crestor, Viagra, dan sejenisnya, produk obat merk dagang yang mahal). FDA Counterfeit Drug Task Force merekomendasikan penggunaan pelacakan elektronik dan

teknologi pelacakan untuk menyediakan obat yang asal usulnya akurat, yakni serangkaian penjagaan produk ketika bergerak melalui rantai-persediaan dari produsen sampai ke apotek (FDA, 2007). Label-label RFID akan menghasilkan asal usul elektronik untuk tiap-tiap botol obat. Hal ini akan mempersulit produk palsu memasuki sistem distribusi. Selain itu juga, asal usul ini memungkinkan penarikan obat yang lebih efisien dan tepat target. Apotek dapat dengan cepat dan akurat menurunkan produk yang ditarik dari raknya.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Melihat kembali pada keadaan sulit yang dialami Marie, terlihat dengan jelas bahwa sejumlah faktor yang mungkin dapat memengaruhi mekanisme kontrol pembelian dan persediaan apoteknya. Terlihat bahwa Marie telah meminimalkan investasinya di persediaan sampai tingkat yang mungkin merugikan penjualan. Apotek terlihat sering mengalami situasi kehabisan stok, yang mengakibatkan penjualan menurun, kehilangan nama baik, kehilangan pelanggan, dan kemungkinan membahayakan pasien. Terlepas dari pedagang besar farmasi (PBF) yang dipilih, Marie harus mengevaluasi kebijakan dan keputusan pembelannya. Dia harus berbicara dengan perwakilan pedagang besar farmasi dan mengevaluasi laporan manajemen persediaan untuk menentukan produk mana yang mempunyai tingkat perputaran yang tinggi dan produk mana yang mempunyai tingkat perputaran yang rendah. Dengan mengetahui hal ini harusnya dapat memfasilitasi keputusan pemesanannya.

Sementara itu, terlihat bahwa Marie menjadi tidak puas dengan pedagang besar farmasi yang sekarang. Disarankan agar mencari penawaran dari pedagang besar farmasi atau mengevaluasi PBF lain secara periodik untuk memastikan harga kompetitif dan pelayanan berkualitas. Jika PBF baru dipilih, Marie harus membangun hubungan dengan perwakilan konsumennya dan memeriksa pelayanan serta program yang ditawarkan oleh PBF. Marie mungkin juga perlu memilih PBF sekunder.

Membeli barang dengan harga termurah adalah pertimbangan yang lain. Sulit membandingkan harga-harga sebab harga sering bergantung pada (1) volume pembelian, (2) rabat dan diskon yang diperoleh, dan (3) keanggotaan di sebuah OPK. Selain itu juga, apotek-apotek tertentu, seperti apotek rumah sakit *disproportionate share* (DPS), memungkinkan untuk pertimbangan harga lainnya. (Catatan: Rumah sakit DPS memenuhi syarat untuk memperoleh harga khusus karena mereka menyediakan jumlah yang signifikan untuk pelayanan bagi pasien tidak mampu). Mengesampingkan PBF mana yang Marie pilih, dia harus bekerja sama dengan petugas pembelian dan keuangan untuk menjamin bahwa diskon yang sesuai diperoleh. Mengambil keuntungan dari diskon adalah salah satu cara untuk mengurangi biaya dan meningkatkan

arus kas apotek. Marie harus juga mempertimbangkan berpartisipasi di sebuah OPK. Salah satu dari faktor-faktor signifikan yang memengaruhi biaya-biaya terkait obat di apotek, selain diskon dan rabat, adalah berpartisipasi dalam sebuah OPK atau sebuah kelompok pembelian.

Ini semua hanya sedikit parameter yang harus diperimbangkan oleh Marie. Ada aktivitas manajemen pembelian dan persediaan lain yang dapat dievaluasi oleh Marie. Sebagai contoh, dia mungkin dapat mengontrak perusahaan pengembalian barang yang membantu dalam hal pengembalian barang. Contoh lainnya yakni membeli dan meracik lebih banyak obat generik karena produk ini mengurangi sejumlah uang yang diinvestasikan dalam persediaan. Membuat sebuah formularium untuk pusat kesehatan mental masyarakat menjadi kemungkinan lainnya. Secara keseluruhan, Marie dengan konstan harus mewaspada aktivitas manajemen persediaan dan pengadaan. Aktivitas ini dapat mempunyai dampak signifikan baik pada keuangan maupun pada operasional kesehatan di apotek tersebut.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apa yang bisa farmasi lakukan untuk mengurangi jumlah uang yang diinvestasikan pada persediaan di sebuah apotek komunitas dan juga di sebuah apotek rumah sakit?
2. Jelaskan bagaimana menurut Anda teknologi di masa mendatang akan memfasilitasi manajemen pembelian dan persediaan di apotek?
3. Diskusikan berbagai faktor yang memengaruhi biaya barang-barang di apotek.
4. Apa saja tren yang saat ini terjadi di industri pedagang besar farmasi (PBF)?

■ UCAPAN TERIMA KASIH

Saya ingin berterima kasih kepada National Community Pharmacists Association karena memberikan hak ciptanya pada West DS. Purchasing and inventory control. In Jackson R (ed), *Effective Pharmacy Management CD-ROM*, 9th ed. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association Foundation, 2003, Sec. 17.

REFERENSI

- Alverson C. 2003. Beyond purchasing-managing hospital inventory. *Manag Healthcare Exec*, November 1; tersedia di www.managedhealthcareexecutive.com/mhe/content/printContentPopup.jsp?id=75802&searchString=purchasing; diakses pada 20 Maret, 2007.
- Carroll NV. 1998. *Financial Management for Pharmacist*, 2d ed. Baltimore: Williams&Wilkins.
- Food and Drug Administration (FDA). 2007. FDA Counterfeit Drug Task Force Report: 2006 Update; tersedia di www.fda.gov/oc/initiatives/counterfeit/report6_06.html; diakses pada 20 Maret, 2007.
- Garner DD. 1994. Pharmacy security. In *Effective Pharmacy Management*, 7th ed., hlm. 415. Alexandria, VA: National Association of Retail Druggist.
- Huffman DC. 1996. Purchasing and inventory control. In *Effective Pharmacy Management*, 8th ed., hlm. 355. Alexandria, VA: National Association of Retail Druggist.
- McCaffrey DJ, Smith MC, Banahan BF, et al. 1998. A continued look into the financial implication of initial noncompliance in community pharmacies: An unclaimed prescription audit pilot. *J Res Pharm Econ* 9:33.
- National Association of Boards of Pharmacy. 2007. Drug Counterfeiting Fact Sheet; tersedia di www.dangerouspill.com/identifying_reporting/fact_sheet.html; diakses pada 20 Maret, 2007.
- Pearce MJ, Begg EJ. 1992. A review of limited lists and formularies: Are they cost-effective? *Pharmacoeconomics* 1:191.
- Silbiger S. 1999. *The Ten-Day MB*, rev. ed. New York: Quill William Morrow.
- Tootelian DH, Gaedeke RM. 1993. *Essential of Pharmacy Management*. St. Louis: Mosby.
- West DS. 2001. *Managing Efficiencies in Pharmacy Cash Flow*. Vol. 6. Birmingham, AL: Mylan Institute of Pharmacy, Continuing Education Series.
- West DS (ed). 2006. *2006 NCPA-Pfizer Digest*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.
- West DS. 2005. Purchasing and inventory control. In Jackson R (ed), *Effective Pharmacy management CD-ROM*, 9th ed., Sec. 17. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association Foundation.

MERCHANDISING

Edward Cohen

Tentang Penulis: Dr. Cohen memperoleh gelar B.S. dalam bidang farmasi dari University of Illinois at Chicago (UIC) dan Pharm.D. dari Midwestern University Chicago College of Pharmacy (MWU). Setelah memiliki sebuah apotek independen selama bertahun-tahun, beliau beralih ke sektor korporasi sebagai Direktur Farmasi untuk Dominick's Finer Foods (sebuah divisi dari Safeway), dan saat ini, beliau mengabdikan sebagai Direktur pada Pelayanan Klinik pada Walgreen's Health Services. Dr. Cohen dikenal secara nasional untuk perannya mengedepankan asuhan kefarmasian dalam praktik farmasi komunitas. Beliau memegang posisi adjunct faculty pada UIC dan MWU, serta komite penasihat pada kedua lembaga tersebut. Dr. Cohen telah mengabdikan sebagai Chair of Administration Section dari American Pharmacists Association—Academy of Pharmacy Practice and Management dan Board of Directors dari Illinois Pharmacists Association.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memaparkan evolusi dari *merchandising* di apotek dari awal abad dua puluh sampai dengan praktik yang digunakan saat ini.
2. Mengidentifikasi teknik *merchandising* yang meningkatkan kesadaran dan penggunaan departemen apotek sebagai tujuan perawatan kesehatan bagi pasien.
3. Menjelaskan bagaimana tata letak apotek dan *merchandising* memengaruhi perasaan konsumen.
4. Mengidentifikasi dan membahas implikasi *merchandising* yang tidak efektif pada sebuah apotek.
5. Mengevaluasi pengaruh *merchandising* pada keberhasilan keuangan sebuah apotek.

■ SKENARIO

Mary Quint, seorang mahasiswa doktor farmasi tahun ketiga, baru-baru ini pulang untuk menghadiri acara kumpul keluarga. Kemajuan Mary di sekolah farmasi banyak diperbincangkan. Keluarganya mengajukan banyak pertanyaan tentang sekolah, kuliah, pekerjaan, dan masa depannya. Seiring dengan berlanjutnya perbincangan, Mary mengetahui bahwa keluarganya terlibat dalam suatu diskusi tentang apotek yang berbeda di kotanya. Keluarganya mempunyai pendapat yang beragam tentang segala hal mulai dari lokasi, farmasi, sampai jam buka apotek.

Mary terkesan dengan perbincangan tersebut. Dia belum pernah berpikir tentang topik yang dibahas oleh keluarganya itu. Tampaknya apoteknya, yaitu Apotek Middletown South, adalah yang paling sedikit disukai oleh keluarganya. Mereka mengatakan bahwa stafnya pada umumnya tidak bersahabat dan kurang membantu, selain itu tokonya gelap dan berantakan. Toko itu selalu menyiarkan acara "bincang radio" ke seluruh apotek. Keluarganya mengeluh bahwa barang-barangnya tampak tidak tertata dalam urutan yang logis sehingga menyulitkan saat mencari produk yang diinginkan. Konsumen harus selalu meminta bantuan untuk menemukan barang, dan para pekerja di apotek itu tampak terlalu sibuk untuk membantu.

Apotek favorit keluarganya adalah jaringan apotek yang baru (Apotek Healthway). Apotek Healthway terang dan terbuka, yang memudahkan konsumen untuk menemukan barang. Stafnya bersahabat dan selalu berusaha membuat tokonya terlihat bagus. Saat orang berbelanja, mereka sering menemukan dan membeli barang yang mereka perlukan dan juga barang yang tidak mereka rencanakan beli hari itu. Apotek Healthway memiliki banyak produk baru, yang membuatnya menjadi toko yang menyenangkan untuk berbelanja. Bagian apoteknya luas dan terbuka dengan ruang tunggu yang nyaman serta bilik pribadi untuk berbicara dengan farmasisnya. Toko mudah dicapai dari jalan-jalan utama di daerah itu dan memiliki tempat parkir luas. Toko itu juga memiliki jendela *drive-through* di dekat apoteknya, klinik medis di dalam toko, dan kios elektronik untuk memesan resep tanpa harus ke konter resep dan buka selama 24 jam, 7 hari seminggu. Semua orang menyarankan Mary datang ke Apotek Healthway dan menanyakan kemungkinan bekerja di sana.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah fitur-fitur *merchandising* yang menonjol yang mendorong konsumen untuk berbelanja di apotek tertentu?
2. Bagaimanakah *merchandising* memengaruhi perasaan konsumen?
3. Apakah pengaruh *merchandising* terhadap keseluruhan jalannya usaha dan keuntungan sebuah apotek?
4. Apakah tujuan dari metode *merchandising* yang efektif untuk sebuah apotek?
5. Faktor manakah yang harus dipertimbangkan dalam merancang eksterior suatu apotek? Juga untuk rancangan dan tata letak interior?

■ PENDAHULUAN

Skenario tadi menunjukkan pengaruh dari beberapa prinsip "yang tidak tampak" dari *merchandising*. Kurangnya

merchandising yang efektif pada sebuah apotek cukup membuat keluarga Mary beralih ke apotek lain. Banyak dari fitur fisik apotek komunitas yang hanya apa adanya (tidak dimaksimalkan). Rancangan eksterior penting untuk menciptakan suatu identitas bagi konsumen. Warna dan bentuk petunjuk-petunjuk luar memberi tambahan pada identitas apotek. Manajer apotek dapat merencanakan kenyamanan masuk ke dalam toko dan agar segala sesuatunya terlihat serta terasa oleh konsumen di dalam apotek. Aktivitas *merchandising* yang digunakan oleh manajer apotek dapat menarik konsumen dan membuat pengalaman berbelanja mereka lebih menyenangkan.

Hampir setiap toko ritel (termasuk apotek komunitas) dirancang untuk menjual barang dagangan (*merchandise*) (Hilditch, 1981). Dengan penurunan keuntungan pada bagian resep, keberhasilan "ujung depan" suatu apotek sangat penting untuk keberhasilan keuangan total dari bisnis.

Apotek secara tradisional telah menjadi usaha ritel tempat konsumen dapat menemukan barang kebutuhan pokok, keperluan perawatan kesehatan dasar, dan sediaan kefarmasian. Apotek jaringan yang lebih besar telah memperluas definisi ini dengan promosi dan penjualan beragam barang dagangan yang sering lebih dari sekedar produk dasar yang biasa ditemukan di apotek tradisional (Fracke, 1974). Saat ini, apotek juga terdapat di rumah sakit, klinik, toko grosir, dan bahkan toko diskon besar. Lokasi apotek di dalamnya sering berupa bangunan besar, begitu juga dengan perpaduan, penempatan, dan kondisi barang serta pelayanan yang ditawarkan apotek, merupakan hal yang penting bagi keberhasilan apotek.

Menarik konsumen ke dalam apotek dan mengundang mereka untuk melakukan pembelian saat mereka berada di sana merupakan tujuan utama dari semua upaya penjualan. Apotek mesti mempertimbangkan rancangan, tata letak, dan barang dagangan mereka untuk menarik pengunjung toko yang kemudian akan melakukan pembelian. Penting untuk diingat bahwa kebanyakan produk yang dijual di suatu apotek dapat juga dibeli di toko eceran lainnya atau melalui internet. Perpaduan yang tepat antara kenyamanan, harga, dan pelayanan akan menambah daya tarik sebuah apotek.

Apotek berupaya untuk menjadikan bisnisnya sebagai tujuan perawatan kesehatan utama bagi konsumen. Banyak apotek yang memperluas penawaran mereka pada aktivitas profesional yang dapat dilakukan oleh farmasis, meningkatkan penawaran makanan sehat, menyediakan lebih banyak produk profesional (misalnya, peralatan medis tahan lama, glukosa darah dan produk khusus diabetes lainnya, serta melakukan penawaran vitamin dan herbal), dan menambah klinik medis di dalam toko untuk perawatan penyakit ringan.

Konsumen merespons terhadap apa yang mereka lihat, dengar, dan rasakan. Merancang sebuah apotek untuk menyediakan keperluan harian bagi masyarakat yang sangat

sibuk akan membuat toko sukses. Alat-alat *merchandising* digunakan dalam setiap aspek bisnis apotek, menarik konsumen ke lokasi, membuatnya mudah dan nyaman untuk berbelanja, serta membangun kesetiaan konsumen.

■ TREN MERCHANDISING APOTEK SEPANJANG TAHUN 1900-AN

Di awal abad yang lalu, orang datang ke apotek untuk meredakan sakit mereka. Para farmasis memiliki banyak obat, sebagian besar menjualnya dalam bentuk campuran racikan, dan berbuat semampu mereka untuk meringankan ketidaknyamanan pasien. Apotek dulu tidak mengalami penataan seperti saat ini. Apotek berisi produk tradisional berharga murah yang setiap hari dipakai orang. Beberapa produk tradisional yang dijumpai di toko obat adalah kosmetik, majalah, tembakau, alat tulis, dan permen. Bisnis resep pada waktu itu merupakan porsi kecil saja dari penjualan total apotek. Setiap pemilik apotek membangun reputasinya melalui prestasi individual dengan konsumen-konsumennya.

Dengan adanya Pelarangan pada tahun 1920-an, konter minuman ringan apotek menggantikan kedai minuman sebagai tempat berkumpul baru yang dapat diterima secara sosial. Farmasis dan pramuniaga mereka sibuk membuat susu kocok dan kreasi minuman ringan bersoda lainnya. Selama Pelarangan, apotek menjadi satu-satunya tempat legal untuk membeli produk-produk beralkohol karena produk-produk ini hanya tersedia dengan resep dokter. Saat larangan dicabut pada tahun 1930-an, banyak apotek terus menjual minuman, karena telah memiliki reputasi sebagai gerai yang sah (Higby, 1997).

Setelah Perang Dunia II, banyak obat-obatan baru yang muncul di pasar. Apotek mulai melayani lebih banyak resep dengan bentuk dosis pabrikan yang lebih nyaman dan dengan demikian menghemat waktu untuk meracik obat. Farmasis mulai memakai sebagian besar waktu mereka meracik produk obat resep buatan pabrik, memastikan bahwa pasien menerima obat secara efisien, dengan fokus pada penyediaan produk bukan penyediaan informasi. Ujung depan dari toko memiliki tampilan serta cita rasa yang baru. Apotek mulai menyediakan barang kebutuhan dasar buatan pabrik. Sebagai akibat dari bertambah banyaknya porsi resep, farmasis memiliki waktu lebih sedikit untuk mengelola ujung depan dari apotek mereka. Resep menjadi komoditas lain di toko, hal ini membuat cemas para farmasis. Para farmasis mengalami peralihan praktik dengan keamanan pasien sebagai perhatian utama. Sampai akhir tahun 1960-an, profesi ini telah mempunyai posisi yang kuat untuk mengubah dan mengambil kembali status profesional farmasi (Higby, 1997).

■ DESAIN, TATA LETAK, DAN MERCHANDISING DI APOTEK

Sebagian besar pembelian konsumen di apotek tidak direncanakan jauh sebelumnya. Manajer apotek menggunakan rancangan apotek, tata letak etalase, dan *merchandising* produk-produknya untuk memengaruhi perilaku pembelian para konsumennya. Studi menunjukkan bahwa lebih dari 80 persen dari semua pembelian dilakukan oleh orang-orang yang tidak merencanakan pembelian tersebut sampai kurang dari seminggu sebelumnya (Eisenpreis, 1983). Alasan utama mengapa konsumen melakukan pembelian yang tidak direncanakan adalah kedaruratan (kehabisan barang yang diperlukan), minat pembelian laten karena harga yang pantas atau produk baru, dan pembelian impulsif (membeli karena dorongan untuk mencoba sesuatu yang baru atau berbeda).

Salah satu kontribusi penting pada keberhasilan penjualan adalah rancangan toko dan tata letak barang dagangan. Mengundang orang agar datang ke apotek, membuat kemudahan untuk menemukan dan membeli produk yang diperlukan dan diinginkan, serta peningkatan kunjungan kembali konsumen ke suatu apotek dapat dipengaruhi dengan faktor rancangan dan tata letak. Rancangan dan tata letak sebuah apotek harus memungkinkan konsumen merasa nyaman, mudah berbelanja, dan menjadi suatu suasana menyenangkan yang akan meningkatkan penjualan baik barang maupun jasa.

Desain Apotek

Konsumen saat ini menuntut kenyamanan, pelayanan, dan suasana. Walaupun apotek tidak selalu memiliki atribut ini, konsumen telah mengharapkan suasana tertentu serta tingkat kenyamanan dari perusahaan ritel.

Dari tahun 1940-an sampai 1960-an, rancangan dan dekorasi apotek tidak menekankan barang dagangan atau aktivitas profesional. Kebanyakan apotek menjual perpaduan dari barang kebutuhan dasar, tembakau, dan minuman; memiliki konter minuman ringan; dan hanya sedikit mempertimbangkan tentang tempat terbaik untuk meletakkan barang tersebut di dalam toko. Selama tahun 1970-an dan 1980-an, desain apotek mengalami transisi ke arah menyorot produk yang akan dijual, yang mengakibatkan dekorasi lebih sederhana dan memungkinkan barang dagangan menjadi bagian dari desain apotek.

Penting untuk memilih aspek desain yang paling sesuai untuk sebuah apotek tanpa menjadi terlalu *trendy* atau cepat ketinggalan jaman. Target dari desain apotek saat ini adalah pengunjung toko. Untuk menentukan desain suatu apotek, para manajer pertama-tama harus menentukan karakteristik dan keperluan konsumen yang dilayani. Konsumen meng-

inginkan apotek yang nyaman, tertata dengan baik, dan memiliki barang-barang dan jasa yang mereka inginkan saat mereka membutuhkannya. Apotek yang membuat konsumen putus asa, kecewa, atau membuang waktu percuma untuk mencari barang, tidak akan mendapat langganan.

Studi menunjukkan bahwa perempuanlah yang paling banyak memutuskan pembelian sediaan farmasi (Raven, 1984). Temuan lainnya terkait dengan perilaku konsumen di apotek meliputi

- Konsumen membelanjakan lebih banyak uang pada tiap kunjungan jika mereka punya sedikit waktu untuk berbelanja.
- Waktu rata-rata yang dihabiskan di sebuah apotek adalah 13,6 menit per kunjungan.
- Hanya 42 persen dari semua pembelian di apotek direncanakan oleh konsumen sebelum mereka tiba di toko. Lebih dari setengah keputusan pembelian di apotek dibuat setelah konsumen memasuki toko.
- Apotek yang dianggap "menyenangkan untuk berbelanja" dan "tertata dengan baik" mengalami pembelian rata-rata sampai 15 hingga 20 persen lebih tinggi dibandingkan apotek-apotek yang tidak dinilai tinggi untuk atribut ini.

Ukuran suatu apotek atau bagian apotek umumnya ditentukan oleh rata-rata industri atau dengan mengevaluasi penjualan per kaki persegi dari berbagai bagian apotek. Para manajer toko dapat memperoleh informasi industri tentang ukuran ideal apotek mereka dari PBF dan vendor lainnya, dan juga asosiasi profesional mereka (misal, National Community Pharmacists Association atau National Association of Chain Drug Stores).

Para manajer dapat menghitung ukuran ideal dari suatu bagian (suatu area di dalam apotek yang berisi barang-barang dan jasa terkait) dengan mengestimasi jumlah total dolar penjualan dari bagian tersebut dan membagi dengan perkiraan penjualan per kaki persegi. Meskipun metode ini mudah digunakan, harus diaplikasikan dengan hati-hati dan nalar yang wajar. Perkiraan penjualan tidak selalu merupakan indikator dari kebutuhan ruang untuk jenis barang dan jasa tertentu yang akurat. Karakteristik ruang di dalam toko (misal, dinding, pencahayaan, dan etalase) dan karakteristik fisik dari barang dan jasa yang akan dijual pada suatu bagian harus dipertimbangkan saat mengalokasikan ruang di sebuah apotek (Rodowskas, 1996).

Poin kunci lainnya saat mendesain sebuah apotek adalah memastikan bahwa bagian penyerahan resep dan konseling sejalan dengan profesi. Karena para farmasis memberikan serangkaian konseling pasien dan layanan asuhan kefarmasian, ruang tambahan untuk farmasis agar dapat berbicara secara pribadi dengan pasien mungkin diperlukan. Mengalokasikan serta merancang suatu tempat yang cocok untuk konsultasi

dan area tunggu pasien adalah penting. Banyak apotek yang juga menjual produk yang tidak memerlukan resep, tetapi penjualannya akan lebih baik jika ada seorang farmasis yang menjelaskan penggunaannya pada pasien (misal, peralatan medis tahan lama, monitor kadar gula darah, atau produk bahan alam). Bagian ini sering ditempatkan di dekat bagian resep untuk kenyamanan pasien dan farmasis.

Americans with Disabilities Act (ADA) yang keluar pada 1990 telah memengaruhi semua bisnis, termasuk apotek. Amanat federal ini melarang diskriminasi bagi segala bentuk kecacatan. Untuk memenuhi ADA, apotek diminta untuk menyesuaikan ketinggian konter, lebarnya lorong, peralatan telepon, pintu keluar/masuk, dan hampir semua aspek fisik dari operasionalnya. Undang-undang ini memungkinkan kewajiban dalam mendesain toko tanpa adanya kesulitan yang tidak semestinya saat operasional harian. Tujuan desain adalah agar toko dapat menawarkan akses yang sama bagi semua produk dan jasa untuk semua konsumen (Laskoski, 1992).

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) merupakan amanat federal yang dirancang untuk melindungi kerahasiaan informasi pasien. Pertimbangan HIPPA dalam desain dan tata letak sebuah apotek adalah untuk menjamin bahwa pengungkapan informasi kesehatan yang harus dilindungi dapat diminimalkan. Para manajer apotek harus membuat upaya yang wajar untuk melindungi rahasia pasien mereka. Beberapa upaya yang dilakukan oleh para manajer apotek termasuk memasang partisi yang melebihi tinggi konter apotek, merancang ulang tempat penyimpanan resep yang menunggu untuk diambil oleh konsumen, membuat tempat khusus untuk pasien menunggu giliran dilayani oleh staf apotek, dan menyediakan tempat konsultasi pribadi pasien.

Faktor lingkungan internal dan eksternal memainkan peranan utama dalam desain dan tata letak sebuah apotek. Usia, ras, jenis kelamin, dan tingkat pendapatan konsumen merupakan karakteristik penting yang harus diperhatikan. Memenuhi kebutuhan dari kelompok etnik atau usia yang utama adalah bermanfaat dalam menarik pelanggan tetap yang potensial ke sebuah apotek. Sebagai contoh, orang lanjut usia akan lebih mungkin untuk berlangganan pada sebuah apotek yang memiliki bagian besar peralatan medis yang tahan lama.

Mendesain eksterior suatu apotek sama pentingnya dengan rancangan dan tata letak interior. Ketika merancang eksterior sebuah apotek, harus dipertimbangkan persyaratan hukum, undang-undang atau aturan lokal yang mengatur bahan baku, jumlah dan ukuran jendela, tanda-tanda di luar, serta jumlah serta penempatan pintu keluar-masuk.

Desain eksterior dari suatu apotek mungkin perlu mengimbangi toko-toko lain pada suatu pusat perbelanjaan. Banyak pusat perbelanjaan menentukan batasan dalam

rancangan eksterior toko-tokonya. Apotek umumnya akan mencoba menambahkan fitur penanda (misal, petunjuk dan lampu) yang memungkinkan toko mereka mudah dikenali.

Penempatan pintu masuk dan pintu keluar ke pusat perbelanjaan merupakan kunci bagi kemudahan masuk ke apotek. Pola lalu lintas dan penempatan penanda lalu lintas di jalan di dekat pusat perbelanjaan memengaruhi kenyamanan berbelanja di apotek. Para manajer apotek sering berunding dengan pejabat lokal untuk meletakkan penanda di dekat atau pada tempat masuk dan keluar pusat perbelanjaan.

Pola lalu lintas pusat perbelanjaan akan memengaruhi penempatan pintu masuk dan keluar apotek. Para manajer apotek ingin memaksimalkan jumlah pelanggan tetap yang dapat dengan mudah menemukan apotek ketika ia berada di pusat perbelanjaan. Apotek sering diinginkan agar berlokasi di sebelah toko grosir atau toko-toko lain yang ramai untuk menarik pengunjung toko yang melintas.

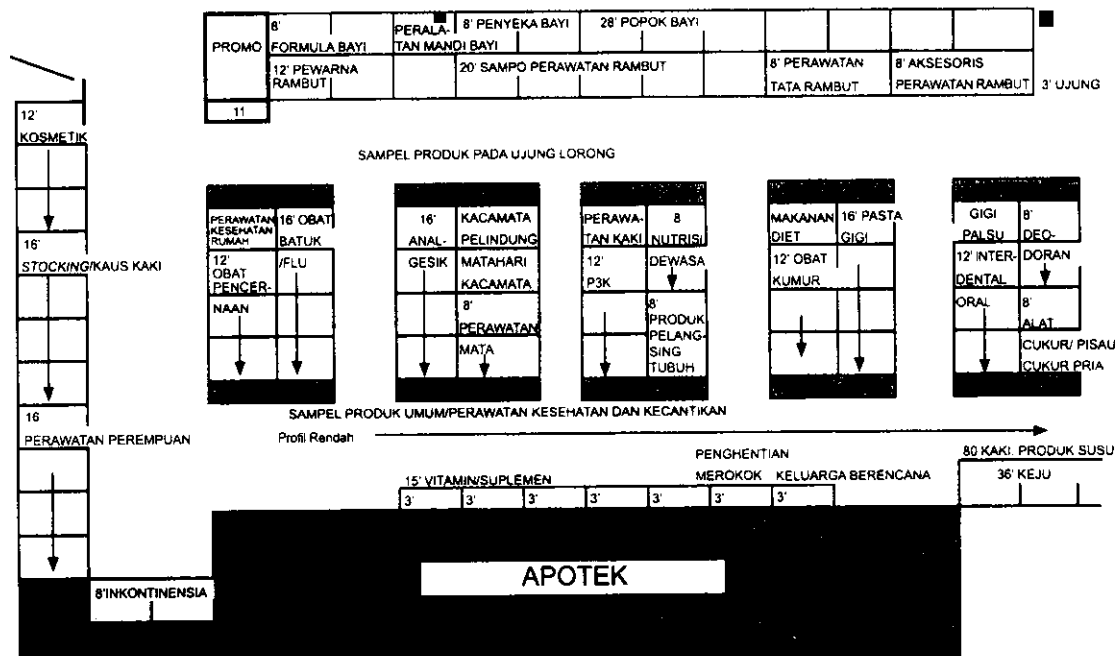
Tata Letak Apotek

Tata letak suatu apotek berisi sejumlah tanda, pesan, dan petunjuk yang berkomunikasi dengan pengunjung toko. Tujuan seorang manajer apotek adalah untuk menciptakan suasana hati yang menyambut lalu lintas datangnya konsumen, meningkatkan waktu untuk melihat-lihat (tetapi tidak

membuang waktu pencarian barang yang diperlukan), merangsang konsumen untuk melakukan lebih banyak pembelian daripada yang direncanakan, dan mengundang mereka kembali ke apotek di kemudian hari.

Tata letak atau susunan perlengkapan harus dirancang untuk menggerakkan para pelanggan di dalam apotek untuk mendapatkan barang yang mereka perlukan atau inginkan. Idealnya, konsumen harus mengunjungi sebanyak mungkin area di apotek untuk meningkatkan probabilitas pembelian impulsif.

Tata letak apotek harus menekankan kekuatan bagian resep dan farmasi karena merekalah yang membuat apotek berbeda dibanding gerai ritel lainnya. Tata letak apotek harus membuat bagian resep menjadi sangat menonjol dan mudah terlihat bagi para pelanggan tetap dari setiap bagian toko (Gambar 23-1). Idealnya, konsumen harus melewati berbagai barang dagangan saat mereka menuju bagian resep. Ini menjelaskan mengapa banyak bagian resep terletak pada bagian belakang apotek. Walaupun tata letak ini populer untuk para manajer apotek, tidak selalu untuk konsumen. Sebagai contoh, beberapa pelanggan usia lanjut mungkin kesulitan untuk berjalan sepanjang toko untuk mencapai konter resep. Mereka dapat memilih menggunakan jendela *drive through* atau mengunjungi apotek yang mempunyai konter di bagian depan toko. Data demografis dari populasi



Gambar 23-1. Desain lorong toko.

yang berbelanja di apotek akan sangat berpengaruh pada desain suatu apotek dan konter resepnya (Walker, 1996).

Gaedeke dan Tootelian (1993) membahas dua jenis tata letak toko: *grid* dan *free flow*. Dalam suatu tata letak *grid*, semua konter dan etalase berada tegak lurus satu dengan lainnya. Barang dagangan dipamerkan membentuk suatu garis paralel yang lurus, yang memungkinkan maksimalnya waktu melewati lorong dan melihat produk secara maksimal pula. Tata letak *free-flow* membagi barang dagangan dan etalase ke dalam pola yang memungkinkan suatu aliran kosumen yang tidak terstruktur. Banyak dari etalase yang secara tidak teratur berbentuk lingkaran, lengkungan dan segitiga. Rancangan ini sering digunakan pada toko oleh-oleh dan toko-toko khusus, kebanyakan untuk mengajak pengunjung melakukan pembelian impulsif.

Tata letak *grid* lebih umum pada apotek komunitas dibandingkan *free-flow*. Lorong-lorong disusun dalam suatu susunan penempatan *grid* garis lurus dengan bagian atau tempat pelayanan utama ditempatkan sedemikian rupa agar yang berbelanja dapat mengunjungi keempat bagian pojok toko. Bagian-bagian disusun untuk menempatkan barang yang banyak diminati di bagian belakang toko, sehingga akan memungkinkan terlewatnya barang yang kurang diminati dan barang-barang yang mendorong pembelian impulsif. Dalam tata letak *grid*, bagian resep sering berlokasi di bagian belakang toko, berdekatan dengan produk yang dijual bebas (OTC) dan produk lain yang dapat terjual lebih baik jika disertai dengan rekomendasi dari farmasis (misal, peralatan medis tahan lama atau produk bahan alam).

Penempatan bagian/departemen dilakukan dengan maksud untuk menarik konsumen membeli lebih banyak daripada yang mereka niatkan pada awalnya. Beberapa lokasi dalam suatu apotek cenderung menarik lebih banyak lalu lintas pengunjung. Area lalu-lintas tinggi merupakan tempat yang baik untuk menghasilkan penjualan tambahan dengan penempatan *display* produk baru atau barang impuls. Di apotek, penempatan barang impuls di dekat atau pada konter resep dapat meningkatkan penjualan produk itu terkait peningkatan lalu lintas di area toko tersebut.

Pada hampir semua bisnis ritel, resiko pencurian barang dagangan (baik oleh yang berbelanja dan pegawai) selalu ada. Manajer apotek dapat menggunakan desain dan tata letak toko untuk meminimalkan kehilangan akibat pencurian. Produk mahal dan yang lainnya yang cenderung dicuri umumnya ditempatkan di daerah terbuka agar personel toko dapat mengamati produk dan orang yang berbelanja. Apotek semakin banyak yang menggunakan lemari terkunci untuk menyimpan barang yang rentan pencurian (misal, produk penghentian merokok dan produk kontrol bobot badan). Kebanyakan negara bagian juga telah menerapkan hukum yang menyaratkan produk yang berisi pseudoefedrin disimpan di belakang konter apotek walaupun secara teknis

statusnya adalah OTC. Hal ini dilakukan untuk mengurangi pencurian dan penggunaan pseudoefedrin yang tidak layak, terutama dalam produksi metamfetamin. Upaya-upaya harus dilakukan untuk tidak meletakkan barang yang mahal dan rentan pencurian di sudut-sudut (yang lebih sukar dilihat oleh personel) atau di dekat pintu keluar (yang lebih mudah bagi pengunjung untuk mencuri produk tanpa diketahui). Banyak apotek memakai personel keamanan toko, peralatan video pengawas, cermin satu arah, dan bahkan sensor yang ditempelkan pada produk-produk untuk mendeteksi dan mencegah kehilangan barang dagangan.

Merchandising Apotek

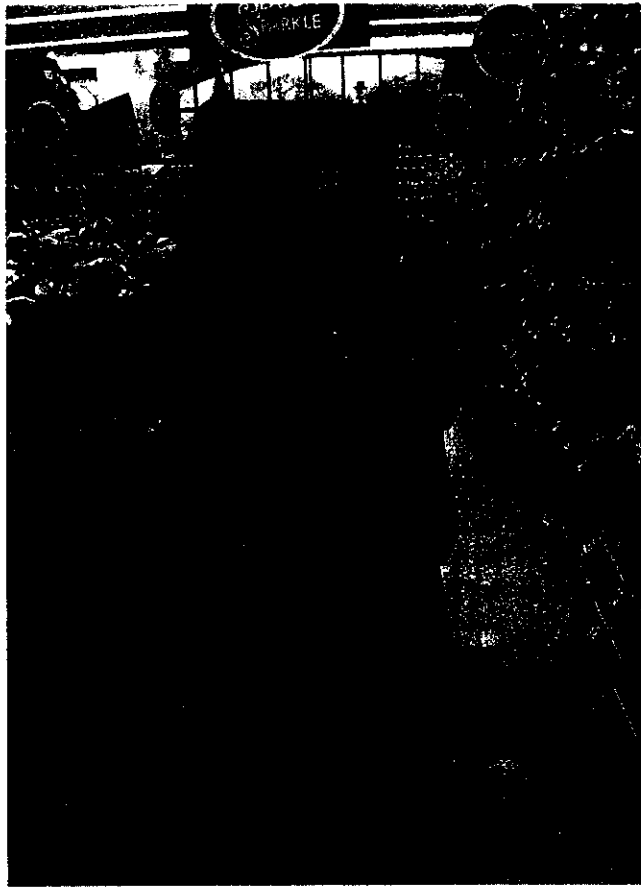
Merchandising melibatkan penempatan barang-barang yang tepat pada rak apotek. Ruang yang ada di apotek untuk barang pajangan dibatasi oleh ukuran dan desain toko. Apotek umumnya memisahkan ruangan menjadi bagian-bagian yang berisi kategori utama produk (misal, daerah resep, obat batuk dan flu, sakit kepala, serta P3K).

Barang dagangan dalam suatu apotek cenderung mengalir dari satu bagian ke bagian lain. Aliran ini dicapai dengan menempatkan bagian terkait bersebelahan atau berdekatan satu sama lain. *Penjualan bersilang* adalah proses penjualan antara departemen untuk mempermudah konsumen membeli lebih banyak barang daripada yang mereka rencanakan. Mengatur bagian-bagian menurut transisi logis dari depan ke belakang toko akan membimbing para pengunjung ke tempat-tempat mereka menemukan barang tambahan untuk dibeli. Kosmetik, produk perawatan rambut, serta peralatan kesehatan dan kecantikan umumnya ditempatkan dekat dengan peralatan mandi dan produk higiene perempuan karena konsumen yang memerlukan produk yang pertama cenderung memerlukan peralatan mandi dan produk higiene wanita (lihat Gambar 23-1).

Lorong di dalam apotek memiliki panjang dan tinggi yang berbeda. Untuk kenyamanan pengunjung toko, lorong biasanya tidak lebih panjang dari 50 kaki (Raven, 1984). Jika lorong lebih panjang, harus disediakan lorong silang. Lorong silang merupakan suatu celah dari rak yang memanjang yang membuat suatu lorong memungkinkan konsumen bergerak dengan mudah melintasi toko. Lorong silang memberikan aliran lalu lintas yang lancar dan meningkatkan jumlah ruang yang dapat terlihat untuk penempatan produk.

Banyak apotek memanfaatkan ruang pada bagian depan dan ujung dari lorong. Ruang ini sering disebut *end cap*. *End cap* sering dipakai untuk memajang barang promosi dan produk musiman, produk ruahan, barang impuls, dan produk-produk baru untuk menarik perhatian pengunjung toko (Gambar 23-2).

Ketinggian lorong juga bervariasi antar apotek (Raven, 1984). Beberapa apotek kecil menggunakan lorong yang



Gambar 23-2. Stand floor display.

lebih rendah setinggi 54 inci. Ini memungkinkan personel toko untuk melihat seluruh bagian apotek. Apotek yang lebih besar sering menggunakan etalase yang tingginya 60-72 inci. Rak yang lebih tinggi memberikan ruang tambahan untuk barang dagangan dan penyimpanan. Rak tinggi juga membantu konsumen untuk melakukan kontak mata dengan produk-produk pada lorong. Tidak dimungkinkannya melihat ke seberang lorong merupakan cara para pengecer untuk membuat para pengunjung toko tetap mengamati produk pada bagian itu.

Saat memutuskan produk apa dan berapa banyak setiap produk ditempatkan pada suatu bagian atau departemen, manajer apotek berupaya untuk menyeimbangkan antara variasi dan duplikasi. Keseimbangan ini akan bervariasi di antara dan di dalam kategori barang dagangan. Dua pertimbangan yang harus diperhatikan dalam mencapai keseimbangan ini adalah pemahaman tentang konsumen dan analisis tren pasar saat ini. Kedua pertimbangan ini menentukan penempatan barang dagangan untuk merespons demografis, tipe konsumen dan kebutuhannya, atau tren

pasar, merespons terhadap produk baru atau yang sangat populer.

Untuk membantu penempatan produk pada rak dengan baik, banyak manajer apotek yang menggunakan *plan-o-gram*. Plan-o-gram adalah diagram yang menunjukkan penempatan, ruang, dan manajemen dari tiap produk pada satu bagian tertentu rak. Plan-o-gram dapat diproduksi oleh industri, pedagang besar, kantor-kantor apotek korporat, atau staf apotek sendiri. Plan-o-gram harus didasarkan atas penjualan serta informasi pasar saat ini, begitu juga dengan ukuran serta karakteristik fisik dari produknya. Suatu plan-o-gram yang terencana dan terlaksana dengan baik memungkinkan apotek memaksimalkan penjualan dan kesempatan keuntungan untuk suatu bagian atau ruang tertentu.

Plan-o-gram harus mengatur produk-produk agar dapat lebih mudah dilihat oleh konsumen. Produsen berupaya untuk membuat bagian muka dan atas pembungkus produknya dapat terlihat jelas oleh konsumen. Suatu *product facing* merupakan penyusunan dari suatu produk satu paket melebar pada suatu rak. Penempatan produk pada rak yang

memungkinkan *facing* ini terlihat oleh konsumen sehingga memungkinkan paparan maksimum dan meningkatkan kemungkinan penjualan. Dengan meningkatkan *facing* dari suatu produk mulai dari dua sampai empat buah, apotek-apotek mendapatkan penjualan dari produk tersebut akan meningkat sebesar 36% (Portner, 1996).

Ketika meninjau satu bagian pada suatu apotek, produk yang paling populer akan ditempatkan setara dengan mata pada kebanyakan toko (kurang lebih setinggi 60 inci). Produk yang ditempatkan sangat tinggi atau sangat rendah pada suatu bagian secara tradisional merupakan produk yang penjualannya lebih lambat. Konsumen pada apotek-apotek di Amerika bagian Utara secara khusus mengamati dari kiri ke kanan saat melihat produk pada rak. Produk pada rak harus disusun secara vertikal, dari atas ke bawah, yang memungkinkan mata konsumen mengamati rak secara menyilang saat ia mengamati dari atas ke bawah. Para manajer apotek menggunakan konsep ini dengan tujuan untuk terjadinya penjualan-silang dan menambahkan produk untuk pembelian impulsif. Lagipula, kebanyakan konsumen

bertangan kanan dan akan mengambil produk di sebelah kanannya. Konsumen umumnya menemukan produk-produk berukuran besar (yang dapat menghasilkan penjualan lebih dan keuntungan yang lebih tinggi) diletakkan di sebelah kanan produk-produk yang berukuran lebih kecil.

Para manajer apotek akan menempatkan beberapa produk pada lebih dari satu bagian. Produk-produk dengan pergerakan cepat dan keuntungannya tinggi dapat dipajang pada berbagai bagian di seluruh apotek menggunakan suatu teknik yang dikenal dengan *cross-merchandising*. Sebagai contoh, memajang tisu fasial yang tidak hanya dengan produk-produk kertas tapi juga dengan obat batuk pilek akan meningkatkan penjualan impulsif dari jenis-produk ini.

Selain dari menempatkan produk pada bagian atau departemen tertentu, para manajer apotek umumnya menggunakan *display* di seluruh apotek untuk menampilkan produk-produk spesifik. *Display* sering disiapkan pada suatu lorong di depan suatu rak untuk memperlihatkan sebuah produk baru atau produk dengan harga khusus. *Display stand floor* digunakan untuk menempatkan suatu produk dalam



Gambar 23-3. End cap.



Gambar 23-4. Bagian/departemen peresepan.

jumlah besar pada *display*, yang membuat produk lebih mudah dijangkau oleh konsumen. Produsen sering memasok *display-display* ini dan materi promosi lainnya ke apotek untuk menekankan produk-produk mereka (Gambar 23-3).

Material poin pembelian (tanda) juga digunakan untuk menekankan produk. Kartu-kartu *header*, *banner*, dan petunjuk harga adalah contoh dari material poin pembelian. Alat-alat bantu penjualan ini memberikan informasi produk, menunjukkan fitur, memperkuat penjualan atau harga khusus, dan memiliki kemampuan untuk menghasilkan penjualan. Metode-metode lain yang digunakan untuk menekankan produk adalah *shelf extender*. Ini adalah baki-baki kecil yang ditempelkan pada suatu rak dan melebar beberapa inci untuk memberikan penekanan pada suatu produk. *Shelf talker* merupakan tanda yang melebar ke arah luar dari rak dan "berbicara" pada konsumen tentang produk atau jasa yang ada di toko.

Merchandising Bagian Resep

Bagian resep adalah satu area yang membedakan apotek dari toko ritel lainnya yang menjual barang dagangan yang mirip. Bagian resep harus diberi posisi utama pada toko. Bagian ini biasanya memiliki luas 300 sampai 600 kaki persegi, memiliki 18 sampai 24 kaki jarak lintas sepanjang bagian depannya.

Bagian resep biasanya ditandai dengan tanda atau dekorasi mencolok untuk membuatnya mudah teridentifikasi bagi konsumen untuk melihat dan menggunakannya (Gambar 23-4).

Konsumen secara khusus memandang bagian resep sebagai daerah profesional. Ketika mereka melihat bagian dalam dari apotek, mereka seharusnya melihat departemen ini bersih dan tertata rapi. Personil apotek perlu menunjukkan perilaku yang bersahabat dan profesional karena perhatian individu dapat membedakan satu apotek dengan yang lainnya.

Serambi dari bagian resep secara tradisional digunakan untuk menampilkan vitamin dan obat-obat herbal, produk yang umumnya memerlukan saran dari farmasis untuk penggunaan yang tepat (misalnya, monitor glukosa), atau produk khusus berharga mahal yang mungkin memiliki risiko dicuri jika disimpan pada bagian yang kurang terlihat (misal, produk-produk penghentian merokok). Daerah tempat resep ditinggal atau diambil merupakan tempat-tempat yang baik untuk memajang produk-produk baru atau barang pembelian impuls (misal, obat-obatan OTC baru, *Chapstick* [suatu pelembab bibir], atau pengingat pil). Tempat-tempat ini juga adalah titik untuk pajangan kecil produk OTC baru yang sebelumnya merupakan produk dengan resep (misal, *Prilosec* atau *Claritin*). Rekomendasi farmasis merupakan satu cara untuk meningkatkan pembelian produk ini.

Merancang bagian resep dengan mempertimbangkan hubungan farmasis-pasien merupakan *merchandising* yang ditujukan untuk memengaruhi penjualan resep, pembelian OTC, dan pembelian jasa profesional (misal, program edukasi pasien, skrining, dan imunisasi). Jika bagian resep apotek dirancang secara terbuka, para pelanggan merasa lebih nyaman mendekati staf apotek untuk bertanya. Menempatkan bagian resep dekat dengan produk perawatan kesehatan membuat rekomendasi farmasis lebih mungkin menghasilkan peningkatan pada penjualan barang-barang dan jasa ini.

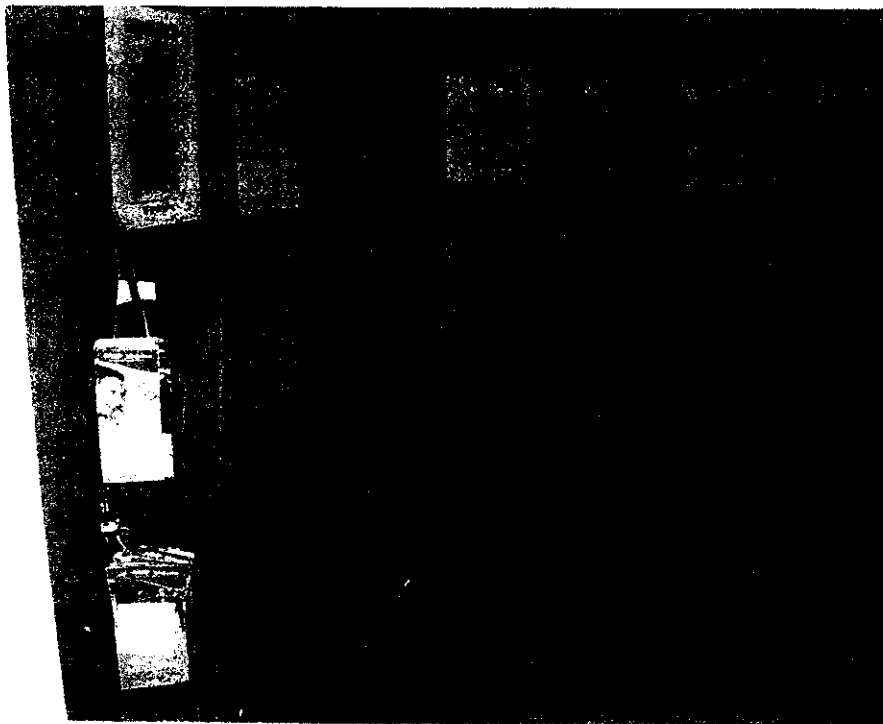
Sejumlah bagian resep dibangun lebih tinggi dari bagian lain apotek, yang membuat keberadaannya lebih mencolok bagi konsumen. Pencahayaan khusus dapat pula digunakan untuk menonjolkan apotek. Penggunaan pencahayaan yang lebih terang di dalam dan di sekitar bagian itu menarik perhatian konsumen datang ke bagian toko tersebut.

Desain apotek juga harus meliputi ruang tunggu pasien, tempat konsultasi pasien, dan di beberapa lokasi, jendela *drive-through*. Ruang tunggu pasien menyediakan ruang bagi pasien yang terpisah dari lantai penjualan untuk menunggu resep mereka dengan nyaman. Sementara resep dipersiapkan, konsumen mempunyai kesempatan untuk melihat informasi kesehatan atau mempelajari lebih jauh mengenai barang-barang atau jasa tertentu yang ditawarkan oleh apotek (Gambar 23-5).

Pusat konsultasi pasien pada bagian resep menyediakan tempat bagi pasien dan farmasis untuk mendiskusikan obat dan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan pasien. Pusat konsultasi bisa kecil saja berupa jendela selebar 18 inci yang menyatu dengan konter resep atau sebesar pusat perawatan pasien yang terpisah. Pusat perawatan pasien menyediakan staf apotek dengan suatu tempat untuk menawarkan konseling dan informasi medis serta menyediakan skrining untuk berbagai kondisi penyakit, pengawasan obat terapeutic, dan imunisasi.

Jendela *drive-through* merupakan materi bagi kemudahan pasien yang sekarang ini dapat dilihat di banyak apotek. Pasien dapat menebus resep dan produk OTC terbatas tanpa perlu meninggalkan kendaraan. Penilaian oleh industri telah menunjukkan bahwa jendela-jendela *drive-through* dipandang oleh konsumen sebagai kenyamanan tambahan, yang meningkatkan penjualan toko sebesar 7 persen daripada toko-toko yang tidak memiliki kemudahan ini (Laskoski, 1992) (Gambar 23-6).

Apotek terus-menerus mencari gagasan-gagasan baru dan lebih baik untuk membedakannya dari gerai ritel lain dan untuk menawarkan jasa perawatan kesehatan tambahan pada konsumen mereka. Penambahan klinik medis di dalam toko memungkinkan konsumen mendapatkan perawatan kesehatan yang cepat, tidak mahal, dan nyaman (Gambar 23-7). Dengan pelayanan dari para praktisi keperawatan dan



Gambar 23-5. Ruang tunggu pasien.



Gambar 23-6. Jendela *drive-through*.

asisten dokter yang memiliki kewenangan peresepan, pasien dapat memilih dari daftar terpampang mengenai layanan yang tersedia, mendapat tindakan sambil lewat dalam waktu yang lebih singkat dibandingkan dengan di klinik medis atau ruang gawat darurat. Pasien yang memerlukan produk OTC atau dengan resep dapat mengambil produk tersebut di toko.

Klinik ritel menyediakan akses yang lebih besar bagi perawatan medis untuk permasalahan yang bersifat umum. Para dokter umumnya tidak senang dengan tren ini dan menginginkan adanya regulasi lebih jauh yang mengatur klinik medis di dalam toko. Klinik tersebut tidak dimaksudkan untuk menggantikan perawatan primer, dan pasien yang memerlukan pemeriksaan medis pada tingkat yang lebih tinggi perlu dirujuk ke dokter pada waktu yang tepat.

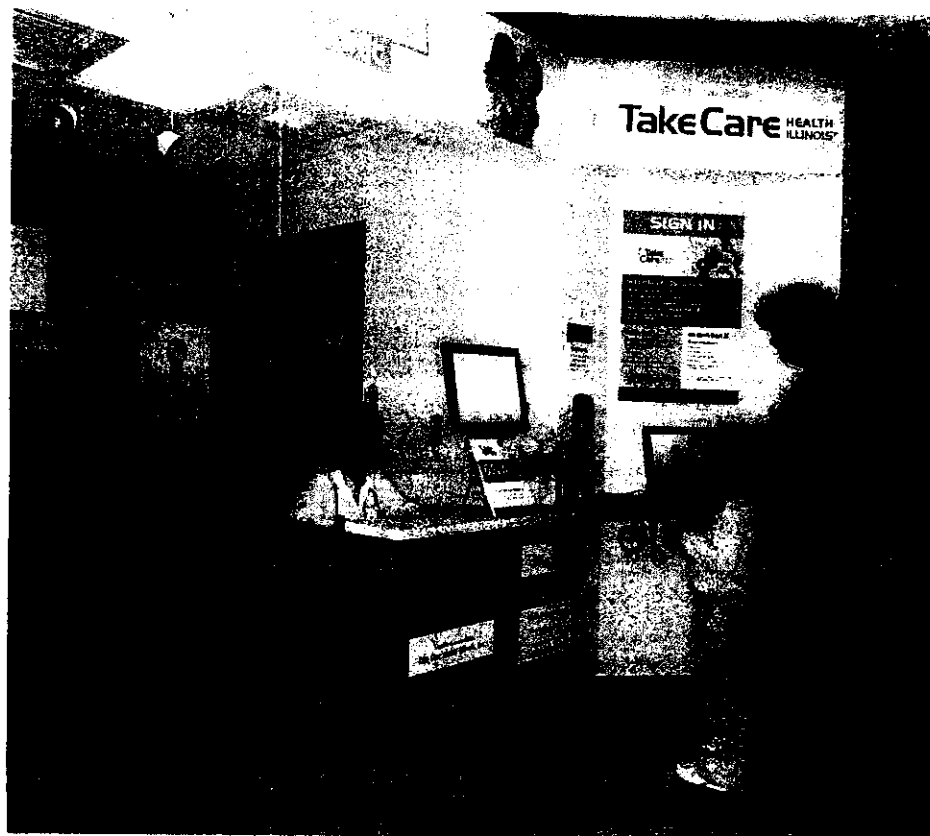
■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Mary Quint, mahasiswa doktor farmasi tahun ketiga kita, baru-baru ini mengunjungi Apotek Healthway. Ia meluangkan waktu untuk memahami faktor-faktor yang membuat keluarganya senang berbelanja di sana. Manajer apotek mengatakan bahwa tujuan dari toko adalah menciptakan suasana tertentu bagi para pengunjung toko yang menjadikan apotek mudah, menyenangkan untuk berbelanja, dan merupakan tujuan pilihan untuk perawatan

kesehatan bagi para konsumennya. Ia menerangkan bahwa tokonya berupaya untuk memuaskan kebutuhan konsumen dengan memenuhi kebutuhan indera mereka. Apa yang konsumen lihat dan dengar di toko berpengaruh pada pengalaman berbelanjanya. Konsumen didampingi dengan teknik penempatan barang untuk menemukan apa yang mereka perlukan, dan merasakan produk dan jasa yang tidak terpikir sebelumnya oleh mereka untuk dibeli. Lokasinya mudah dijangkau bagi beragam konsumen yang berbelanja di sana. Semua ini membuat Mary berpikir keras dan lama untuk tetap bekerja di apotek Middletown South.

REFERENSI

- Eisenperis A. 1983. How today's customer shop: What it means to drugstores. *American Druggist* 188:92.
- Francke DE. 1974. Accepting things as they are. *Drug Intel Clin Pharm* 8:221.
- Gaedeke R, Tootelian D. 1993. *Essentials of Pharmacy Management*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Higby GJ. 1997. Pharmacy in the American century: 100 years of change. *Pharmacy Times* 63:16.
- Hilditch J. 1981. Maximizing the value of the sales area. *Pharm J* 227:638.
- Laskoski G. 1992. Design: Good, the bad, and the ugly. *American Druggist* 205:38.



Gambar 23-7. Klinik medis dalam toko.

Nannery M. 1999. Chain drug stores' image problem. *Chain Store Age* 209:41.

Portner T. 1996. *Effective Pharmacy Management: A Comprehensive Presentation of Practical Management Techniques for Pharmacy*, 8th ed. National Community Pharmacists Association. Alexandria, VA.

Raven M. 1978. K-D furniture. *Drug Top* 122:43.

Raven M. 1984. Drugstore design and layout: Looking at the right angles. *Drug Top* 128:44.

Rodowskas C. 1996. Space allocation and profit maximization. *Pharmacy Times* 62:7.

Walker G. 1996. Debacle of OTC. *Pharm J* 256:775.

BAGIAN 6

MENGUOLA LAYANAN BERNILAI TAMBAH

MENILAI KEBUTUHAN LAYANAN BERNILAI TAMBAH

David P. Zgarrick

Tentang penulis: Dr. Zgarrick adalah John R. Ellies Distinguished Chair di Departement of Pharmacy Practice dan Profesor di Pharmacy Administration di College of Pharmacy & Health Sciences, Drake University. Dr. Zgarrick meraih gelar B.S. di bidang farmasi dari University of Wisconsin dan gelar M.S. serta Ph.D. di bidang administrasi kefarmasian dari Ohio State University. Beliau memiliki pengalaman praktik baik pada apotek independen maupun apotek jaringan. Dr. Zgarrick mengajar mata kuliah manajemen operasional apotek, perencanaan bisnis untuk layanan profesional dan evaluasi pustaka obat. Bidang minat penelitian beliau terkait masalah kompensasi farmasis dan ketenagakerjaan, pengembangan layanan profesional dan penggunaan *evidence-based medicine* (EBM) oleh farmasis.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mendorong pengembangan layanan apotek bernilai tambah.
2. Mendeskripsikan bagaimana menerapkan proses perencanaan bisnis pada layanan apotek bernilai tambah.
3. Mengevaluasi pasar untuk layanan apotek bernilai tambah:
 - a. Karakteristik dan kebutuhan konsumen
 - b. Pengaruh lingkungan internal maupun eksternal
 - c. Layanan yang sudah tersedia di pasar
 - d. Potensi pasar
 - e. Ketersediaan dan kemampuan konsumen untuk membayar layanan
4. Mengevaluasi kemampuan sebuah apotek untuk menyediakan layanan yang memenuhi kebutuhan konsumen.

■ SKENARIO

Tampaknya, Alan Brouhard, Pharm.D. adalah seorang farmasis yang luar biasa. Dia adalah lulusan terbaik dari sekolah farmasi dan memulai karir sukses di sebuah apotek jaringan di daerah pinggiran Chicago. Meskipun dia senang bekerja dengan seluruh pasiennya, dia lebih suka memberikan konseling pada anak-anak dan orang tua mereka. Dia memiliki reputasi sangat baik dalam melayani anak-anak dan informatif bagi orang tua mereka sehingga banyak pihak yang merujuk untuk datang ke apotek tempat dia bekerja.

Tahun lalu, istri Dr. Brouchard menerima tawaran pekerjaan di kota Phoenix. Meskipun dia mencintai pekerjaannya, dia sadar bahwa peluang yang diterima istrinya terlalu bagus untuk dilewatkan. Dia pun tahu bahwa terdapat banyak pekerjaan untuk farmasis di daerah Phoenix. Akhirnya, dia mengatur kepindahannya ke salah satu apotek jaringan yang sama dengan apotek tempat dia bekerja saat ini, yang terletak di Sun City (sebuah daerah pinggiran di barat laut kota Phoenix). Ketika dia tiba, dia sangat ingin mengembangkan lebih lanjut layanan anak seperti yang telah dia mulai di Chicago. Dia meyakinkan manajer apoteknya untuk membeli perlengkapan khusus untuk mengajar anak-anak tentang cara memonitor asma mereka, menata ulang apotek sehingga memiliki ruang konseling pribadi, serta menyediakan anggaran untuk mendukung layanan tersebut dalam komunitas setempat.

Setelah tiga bulan berlalu, Dr. Brouchard merasa sangat kecewa dengan respons masyarakat tentang layanan yang diberikannya. Dalam satu minggu, hanya ada satu atau dua orang yang menemuinya untuk mendapatkan layanannya, itu pun pada umumnya para lanjut usia yang meminta saran untuk cucu mereka. Sang manajer apotek pun mulai menggunakan ruang konseling pribadi untuk menyimpan perbekalan diabetes (yang nampaknya selalu cepat terjual). Dr. Brouchard tidak mengerti mengapa layanannya, yang sukses dijalankan di Chicago, tidak diterima dengan baik di Sun City. Dia pun penasaran tentang apa yang dapat dia lakukan untuk meningkatkan daya tarik layanannya bagi lebih banyak konsumen apotek.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana rencana strategis organisasi dapat berpengaruh pada barang dan layanan yang ditawarkan?
2. Dengan cara apa perencanaan bisnis berguna dalam pengembangan layanan apotek bernilai tambah?
3. Selain pasien, siapa saja yang seharusnya dipertimbangkan sebagai konsumen dari layanan apotek bernilai tambah?
4. Informasi apa yang harus dikumpulkan sebelum membuat sebuah keputusan untuk menawarkan layanan apotek bernilai tambah? Di mana dan bagaimana informasi tersebut diperoleh?

■ “BUATLAH DAN MEREKA AKAN DATANG”

Salah satu film terkenal di era 1980-an adalah *Field of Dreams*, diperankan oleh Kevin Costner. Costner berperan sebagai Roy Kinsella, yang berpindah dari sebuah kota besar menuju desa pedalaman Iowa untuk menjadi seorang petani. Pada saat dia bekerja di ladang, dia selalu mendengar suara yang mengatakan, “Buatlah dan mereka akan datang.” Pada

mulanya Roy tidak mengetahui apa yang harus dia buat atau siapa yang akan datang kalau dia telah membangun. Pada alur cerita selanjutnya, Roy mengeruk ladang jagungnya, membangun sebuah lapangan kasti dan menantikan sekelompok pemain kasti datang dan bermain. Sebagian besar penduduk desa berpikir bahwa dia tidak waras karena telah mengeruk ladang jagung yang bernilai. Bahkan istri dan keluarganya menyangsikan tindakan Roy, apalagi mereka sedang dalam kesulitan keuangan. Selanjutnya, para mendiang pemain kasti mulai datang setiap malam untuk bermain di lapangan tersebut. Roy dan keluarganya menikmati pertandingan-pertandingan tersebut meskipun penduduk desa masih menyangkal keberadaan mereka. Mendiang ayah Roy pun muncul ikut bermain dan mereka berdua pun bermain permainan tangkap bola antar ayah-anak yang mereka berdua sesali karena mereka tidak pernah melakukan hal semacam itu di masa lalu. Pada akhir cerita, para pemain mulai menggunakan lapangan pada siang hari, penduduk desa datang menyaksikan permainan mereka, dan Roy mulai menarik biaya kepada para penonton sehingga dia dapat menghidupi keluarganya. Begitulah selalu akhir film Hollywood!

Apa kaitan antara cerita pada film *Field of Dreams* dengan apotek di abad ke-21? Pada satu sisi, jika kita bertanya kepada beberapa farmasis mengapa mereka menawarkan barang dan layanan seperti yang sedang mereka lakukan, mereka akan memberikan jawaban serupa dengan jika kita bertanya pada Roy Kinsella mengapa dia membangun lapangan kasti di sebuah ladang jagung di Iowa. Mungkin saja hal itu muncul semata-mata karena mendengar bisikan agar mereka menyediakan layanan konsultasi bagi anak-anak penderita asma. Atau, mereka mungkin berpikir jika mereka menyediakan bagian obat herbal di apotek mereka, masyarakat akan datang dan membeli produk-produk tersebut begitu saja. Beberapa farmasis mengusahakan barang dan layanan terutama berdasarkan pada keinginan mereka atau kebutuhan organisasi mereka. Mereka mungkin saja memiliki ketertarikan pada bidang tertentu atau telah mempelajari bagaimana mengembangkan sebuah layanan spesialis berdasarkan pengetahuan yang diperoleh di bangku kuliah, residensi, atau tempat kerja. Meskipun menawarkan sebuah barang atau layanan yang didasarkan pada ketertarikan pribadi atau keahlian terlihat seperti hal yang bagus untuk dilakukan, satu prinsip utama dalam pemasaran terlupakan.

Di dunia nyata, akan jarang ditemui akhir cerita indah seperti dikisahkan dalam film-film Hollywood. Bisnis yang mengembangkan barang dan layanannya terutama berdasarkan pada ketertarikan, keahlian, atau kebutuhan pribadi biasanya akan berakhir dengan penyesalan karena telah menginvestasikan sejumlah besar waktu, uang, dan sumber daya lainnya. Banyak bisnis yang mengalami kegagalan dalam waktu singkat karena itu. Hal ini terjadi karena satu

prinsip utama dalam pemasaran sering sekali dilupakan oleh para pelaku pasar, yaitu bahwa pembelian setiap barang dan layanan atau diterimanya sebuah gagasan didorong oleh *kebutuhan para konsumen*, bukan kebutuhan para pemasar (Kotler, 1997). Bertolak belakang dengan yang dipercaya oleh banyak orang, para pemasar tidak dapat memaksa para konsumen untuk membeli atau menerima produk-produk yang tidak mereka butuhkan. Kebutuhan konsumen tetap ada meskipun tidak peduli apa pun produk yang ditawarkan oleh para pemasar. Pemasar yang sukses mengawali dengan cara mengidentifikasi para konsumen, mengevaluasi kebutuhan mereka, kemudian mengembangkan produk (baik berupa barang, layanan, atau gagasan) yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan konsumen lebih baik daripada para pesaing bisnis mereka.

Farmasis ataupun organisasi farmasi adalah pemasar barang (seperti obat bebas, obat resep, peralatan kesehatan yang tahan lama, permen, kartu ucapan, dan produk lain yang sangat bervariasi) serta layanan bernilai tambah (seperti peracikan obat resep, pengiriman, evaluasi/tinjauan penggunaan obat, manajemen status penyakit dan manajemen terapi pengobatan). Tantangan utama baik bagi setiap farmasis maupun organisasi farmasi ialah dalam mengidentifikasi para konsumen mereka dan mengevaluasi kebutuhan mereka. Para farmasis dan organisasi farmasi selanjutnya harus mengembangkan produk yang selain memenuhi kebutuhan konsumen, juga memenuhi kebutuhan pribadi, profesional dan organisasi mereka.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Berdasarkan tinjauan tahunan terhadap kinerja Dr. Brouchard, sang manajer apotek menyampaikan bahwa dia tidak lagi diperbolehkan menawarkan layanan anak di apotek tersebut. Meskipun kecewa, dia dapat memahami alasannya, jumlah pengguna layanan tersebut sangat sedikit, sedangkan jumlah waktu dan uang yang telah banyak diinvestasikan apoteknya tidak sebanding dengan pendapatan yang diperoleh. Sementara itu, dia melihat bahwa sektor yang lain dari apotek terus meraih kesuksesan. Volume resep meningkat hingga 10% satu tahun belakangan, dan angka penjualan obat-obat artritis, diabetes, dan jantung meningkat pesat. Beberapa pelanggan yang pernah mendapat konselingnya menyampaikan kepada sang manajer apotek bahwa mereka sangat puas dengan cara dan saran profesionalnya. Dia sangat senang mendengar hal tersebut dan berpikir jika saja ada cara untuk menggunakan tingkat layanan yang sama kepada lebih banyak pelanggan.

■ MENERAPKAN PROSES PERENCANAAN BISNIS PADA LAYANAN APOTEK

Satu hal yang banyak dilakukan oleh apotek untuk mengidentifikasi kebutuhan konsumen, mengembangkan gagasan baru untuk barang dan layanan baru, serta mengelola risiko yang terdapat dalam spekulasi bisnis, yaitu dengan menggunakan proses perencanaan bisnis (baca Bab 4). Perencanaan bisnis membantu para pengambil keputusan dalam mengevaluasi pasar dan lingkungan mereka. Perencanaan bisnis memberi kebebasan bagi para manajer untuk mengeksplorasi gagasan baru tanpa perlu menginvestasikan sumber daya mereka sebenarnya dalam pengembangan dan penawaran produk. Menggunakan proses perencanaan bisnis tidak menjamin para konsumen akan menerima sebuah produk meskipun produk tersebut memenuhi tujuan organisasi. Akan tetapi, perencanaan bisnis akan membantu para manajer mengidentifikasi risiko dan menilai berapa besar produk baru tersebut akan berhasil.

Banyak administrator yang mensyaratkan para farmasis mengembangkan rencana bisnis tertulis untuk memberi alasan penawaran barang dan layanan yang baru. Hal ini membantu para administrator memutuskan apakah perlu mengalokasikan sumber daya (khususnya uang, waktu, dan karyawan) untuk mengembangkan barang, layanan, dan gagasan baru. Satu aspek penting yang harus selalu diingat tentang perencanaan bisnis ialah bahwa baik para administrator maupun farmasis tidak ada kewajiban untuk melaksanakan rencana tersebut. Apabila hasil penelitian yang dilakukan dalam proses perencanaan menunjukkan bahwa sebuah produk tidak akan memenuhi kebutuhan konsumen maupun organisasi, tidak memungkinkan untuk ditawarkan, atau risiko yang muncul lebih besar daripada yang bisa ditanggung oleh organisasi, sebuah keputusan akan dapat dibuat dengan mudah, yaitu untuk tidak melanjutkan rencana tersebut. Meskipun akan banyak waktu yang dicurahkan untuk mengembangkan sebuah perencanaan bisnis, tidak mengimplementasikan perencanaan yang sangat mungkin untuk gagal akan menghabiskan waktu, uang, dan sumber daya lain yang lebih sedikit daripada mengembangkan barang dan layanan baru yang pada kenyataannya memang gagal.

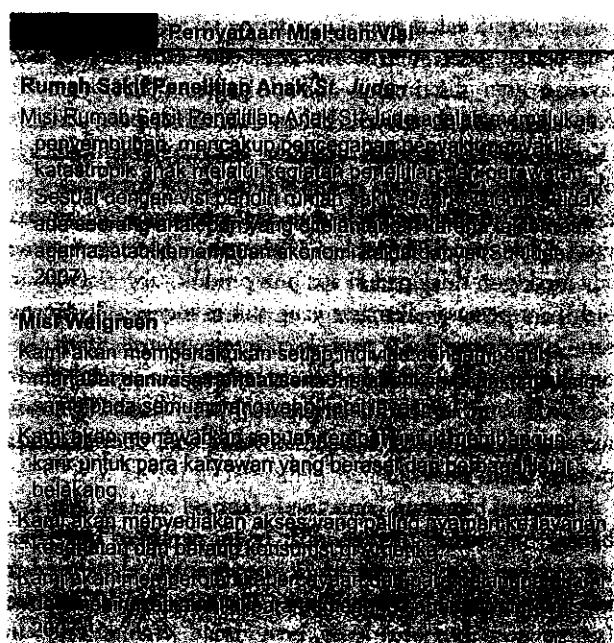
Menerapkan proses perencanaan bisnis untuk mengembangkan layanan apotek bernilai tambah tidak terlalu berbeda dengan proses mengevaluasi barang, layanan, atau gagasan yang lain. Salah satu langkah utama mengawali proses perencanaan bisnis adalah dengan mengidentifikasi rencana strategis dan pernyataan misi organisasi. Oleh karena dokumen tersebut mewakili peta perjalanan tentang ingin menjadi seperti apa

organisasinya kelak dan bagaimana rencananya menuju ke sana, sangatlah penting untuk pengembangan barang dan layanan baru apapun selalu mempertimbangkan dokumen tersebut. Satu pertanyaan yang para administrator selalu ingin dijawab adalah bagaimana penerapan layanan bernilai tambah apapun itu dapat membantu organisasi mencapai tujuan yang tertuang dalam rencana strategis.

Penting untuk diketahui bahwa misi dan rencana strategis bervariasi antar organisasi yang berbeda, khususnya di bidang perawatan kesehatan. Pernyataan misi dan rencana strategis sebuah rumah sakit penelitian anak yang bersifat nirlaba berbeda dengan misi dan rencana strategis sebuah apotek jaringan pencari laba (Tabel 24-1). Aspek layanan profesional yang perlu ditekankan dalam sebuah perencanaan bisnis akan bervariasi pula. Rumah sakit penelitian anak yang bersifat nirlaba berusaha melihat bagaimana layanan profesional yang baru dapat meningkatkan luaran klinis atau memberikan manfaat pada sejumlah besar pasien anak dengan biaya seminim mungkin. Sementara itu, sebuah apotek jaringan pencari laba berusaha melihat bahwa layanan baru dapat memperluas pasar atau meningkatkan nilai pemegang saham perusahaan.

Langkah selanjutnya dalam proses perencanaan bisnis adalah mencari prospek dari berbagai jenis layanan bernilai tambah. Langkah ini membantu untuk menuangkan beberapa gagasan tentang layanan bernilai tambah yang dapat diterapkan. Salah satu cara terbaik untuk melakukan hal ini adalah dengan mengamati dan berbincang dengan para pelanggan apotek. Cara ini penting untuk lebih mendalami kebutuhan mereka serta dapat membantu perencana bisnis untuk lebih menguasai lingkungan mereka (yang penting dalam proses selanjutnya). Sumber ide lain untuk layanan bernilai tambah meliputi rekan kerja, organisasi profesional, majalah dan jurnal farmasi, seminar dan pertemuan profesional, internet, konsultan, buku-buku, serta PBF.

Langkah berikutnya dalam mengeksplorasi prospek untuk layanan apotek bernilai tambah ialah dengan mempelajari lebih dalam mengenai layanan potensial yang telah teridentifikasi. Banyak apotek mengawali proses ini dengan mengacu pada tinjauan pustaka yang diperoleh dari basis data elektronik seperti PubMed (National Library of Medicine, 2007) atau International Pharmaceutical Abstracts (IPA) (Thomson Scientific, 2007). Basis data tersebut dapat mengidentifikasi pustaka primer dan sekunder yang menyediakan informasi tambahan mengenai layanan, gambaran tentang layanan yang diterapkan oleh orang lain, serta penelitian yang mengevaluasi hasil dari layanan sejenis. Mesin pencarian nonmedis lain seperti Google (www.google.com) juga dapat membantu, tetapi para pengguna harus berhati-hati karena akan mengalami kesulitan dalam mencari informasi berharga disebabkan oleh banyaknya jumlah informasi yang tersedia di internet (baca Bab 6).



Beberapa organisasi profesional farmasi dan kedokteran [seperti American Pharmacists Association (APhA), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), National Community Pharmacists Association (NCPA), dan American Medical Association (AMA)] dan beberapa organisasi perawatan kesehatan (seperti American Diabetes Association [ADA] atau American Heart Association [AHA]) juga menyediakan informasi berharga mengenai berbagai macam kondisi kesehatan dan layanan bernilai tambah. Informasi itu tidak hanya berguna dalam pengembangan sebuah layanan, tetapi juga berguna bagi para konsumen dan administrator dalam menjelaskan kebutuhan akan layanan tersebut. Organisasi tersebut juga menyediakan pedoman perawatan dan sumber daya tambahan yang dapat digunakan dalam pengembangan rencana operasional sebuah layanan (baca Bab 25).

Selagi mempelajari secara mendalam mengenai layanan apotek bernilai tambah yang potensial, akan sangat baik apabila para perencana bisnis mendiskusikan gagasan mereka dengan pihak lain. Para farmasis yang telah mengembangkan layanan bernilai tambah akan dengan senang hati membagikan segala hal yang telah mereka pelajari. Mengunjungi sebuah apotek yang telah menyediakan layanan tersebut tidak hanya memberikan bukti tentang bagaimana layanan tersebut benar-benar berjalan, tetapi juga akan menjawab banyak pertanyaan yang farmasis miliki nantinya saat proses perencanaan. Farmasis, asisten, dan karyawan apotek lain mungkin telah mempraktikkan layanan bernilai tambah dalam pengalaman praktik mereka sebelumnya dan dapat memberikan gambaran

tentang bagaimana mereka melakukan itu. Tenaga kesehatan lain dapat menyediakan umpan balik mengenai layanan tambahan yang mereka atau pasien mereka perlukan. Pihak pembayar (seperti perusahaan asuransi, organisasi pemeliharaan kesehatan, para pemilik usaha, dan pemerintah) dapat juga membagikan gagasan tentang layanan apotek bernilai tambah yang dapat memperbaiki kesehatan para pengguna layanan selain dapat juga menghemat uang mereka.

Para administrator dan beberapa organisasi pada umumnya tidak suka jika dikejutkan karena mengetahui farmasis mereka sedang mengerjakan proposal mengenai layanan apotek bernilai tambah yang baru. Sangat penting untuk bekerja dengan para administrator dan organisasi sejak awal proses perencanaan bisnis yang tidak hanya tetap memberikan informasi pada mereka, tetapi juga untuk mempelajari apa yang mereka harapkan dari sudut pandang administratif. Dengan memperhitungkan pandangan dari personel administratif dan organisasi dapat meningkatkan kecenderungan administrator untuk mendukung dan menyediakan sumber daya yang diperlukan dalam penerapan layanan apotek bernilai tambah di kemudian hari.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Dr. Brouhard mulai memikirkan layanan profesional apa yang diinginkan oleh apotek tempat dia bekerja. Misi apotek menyebutkan bahwa apotek bertujuan memberikan layanan konsumen berkualitas tinggi kepada para pasien dengan menggunakan teknologi modern. Apotek juga terbuka untuk mengembangkan cara-cara inovatif yang mampu menarik pelanggan baru serta melayani pelanggan mereka yang ada saat ini. Rencana strategis apotek menyatakan bahwa apotek mempunyai sebuah rencana ekspansi cepat dan layanan baru diharapkan memberikan kontribusi berupa *return on investment* (ROI) sebesar 15% dalam kurun waktu 3 tahun. Setelah membaca dokumen tersebut, Dr. Brouhard mengetahui bahwa apoteknya terbuka untuk mengembangkan layanan baru, tetapi dia juga harus dapat menunjukkan layanan tersebut mampu memberikan keuntungan dalam kurun waktu singkat.

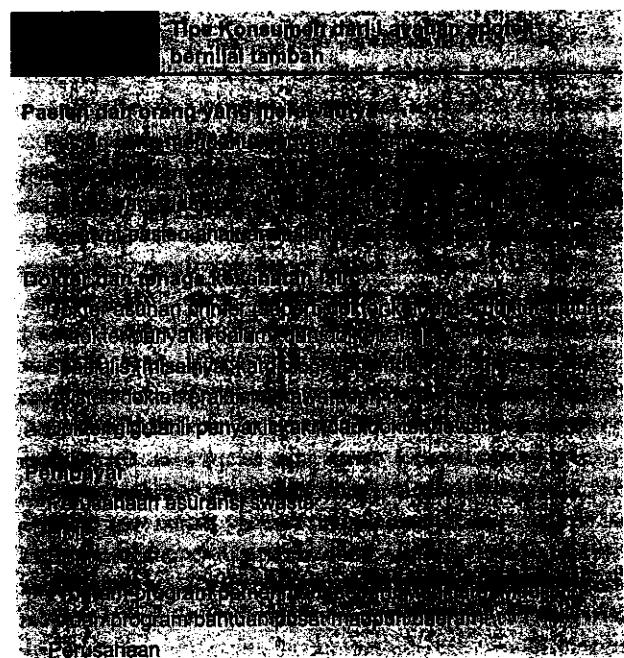
Dengan mempertimbangkan hal tersebut, Dr. Brouhard memikirkan beberapa gagasan untuk layanan apotek bernilai tambah yang dapat diupayakan. Meskipun layanan pada anak-anak penderita asma tidak berhasil, mungkin saja dia dapat menawarkan layanan serupa untuk pasien dewasa. Berdasarkan laporan yang diterbitkan oleh surat kabar setempat, dia melihat bahwa angka kejadian asma di daerah tersebut meningkat tajam selama beberapa tahun terakhir. Seperti halnya apotek-apotek lain yang melayani pasien generasi "baby boom" dan lansia, apoteknya juga banyak meracik resep untuk penyakit hipertensi dan hiperlipidemia. Dan meskipun diabetes bukanlah bidang spesialisasi yang

dia pertimbangkan sebelumnya, sulit dipungkiri bahwa apoteknya telah meracik sejumlah besar resep dan menjual banyak peralatan berkaitan dengan diabetes. Dr. Brouhard juga telah membaca sebuah jurnal farmasi yang menyebutkan bahwa beberapa perusahaan asuransi dan badan pemerintah membayar para farmasis untuk menyediakan layanan edukasi diabetes. Dia memutuskan untuk meneliti lebih jauh tentang gagasan tersebut dan menyampaikannya kepada sang manajer apotek.

■ MENGEVALUASI PASAR LAYANAN APOTEK

Dalam mengevaluasi layanan profesional yang potensial, penting untuk mempertimbangkan karakteristik pasar tempat layanan tersebut akan ditawarkan. Karena tujuan utama setiap layanan adalah memuaskan kebutuhan konsumen di atas kebutuhan pribadi dan profesional farmasis, atau tujuan organisasi dapat terpenuhi, mengevaluasi konsumen yang potensial untuk sebuah layanan harus menjadi aspek utama yang dipertimbangkan.

Ketika farmasis memikirkan konsumen potensial untuk layanan bernilai tambah yang mereka tawarkan, kelompok pertama (dan seringkali satu-satunya) yang harus dipertimbangkan adalah para pasien. Lagi pula farmasis memang berinteraksi dengan para pasien dalam aktivitas sehari-harinya. Meskipun para pasien penting bagi keberhasilan sebuah layanan apotek bernilai tambah, farmasis juga harus mengingat bahwa ada kelompok konsumen lain selain pasien yang akan memperoleh manfaat dari layanan tersebut.



Ketika merencanakan layanan apotek bernilai tambah, farmasis dapat mengategorikan para konsumen kedalam salah satu dari 3P. Tiga kelompok tersebut antara lain *patients* (pasien), *physicians and other health care professional* (dokter dan tenaga kesehatan lain), serta *payers* (pembayar) (lihat Tabel 24-2). Farmasis harus mempertimbangkan karakteristik dan kebutuhan tiap-tiap kelompok dalam proses perencanaan bisnis.

Meskipun hampir semua pasien yang berinteraksi dengan farmasis memiliki jenis kebutuhan obat yang serupa (misalnya produk obat tertentu, saran tentang efek samping obat, dan lain sebagainya), tidak semua pasien memiliki tingkat kebutuhan akan layanan yang sama (Hepler dan Strand, 1989). Oleh karena itu, penting bagi farmasis untuk mengidentifikasi subkelompok pasien yang memperoleh manfaat lebih langsung dari layanan mereka. Untuk layanan asma, penderita asma dan kondisi paru lainnya mempunyai kebutuhan lebih untuk mendapat layanan itu dibanding pasien tanpa kondisi tersebut. Untuk layanan edukasi diabetes, terdapat kategori pasien dengan diabetes yang berbeda dan salah satunya dapat menjadi fokus (misalnya, diabetes tipe I versus tipe II). Selain pasien, perawat pasien (misalnya, orang tua pasien, anak pasien lansia yang telah dewasa, dan lain sebagainya) harus diidentifikasi dan kebutuhan mereka juga dievaluasi. Kebutuhan utama dari pasien adalah perawatan kesehatan dengan tujuan agar mereka dapat hidup lebih lama dan lebih sehat. Farmasis akan mencapai keberhasilan apabila mampu meyakinkan pasien dan para perawatnya bahwa layanan yang mereka berikan akan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Farmasis yang menerapkan layanan profesional baru harus juga mengembangkan hubungan dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter, perawat, terapis, dan spesialis yang lain. Agar hubungan berjalan baik, semua pihak harus menyadari kebutuhan pihak lain dan dapat mendeskripsikan bagaimana tiap-tiap pihak memperoleh manfaat dari interaksi tersebut (Doucette dan McDonough, 2002). Sebagai contoh, seorang farmasis yang memulai layanan pemantauan pemberian antikoagulan memerlukan rujukan dari kardiolog, spesialis penyakit dalam, dokter bedah pembuluh darah, dan tenaga kesehatan lain yang meresepkan terapi antikoagulan. Farmasis tersebut juga akan memerlukan informasi tentang pasien tersebut dan dukungan dari para profesional dalam rangka penagihan atas layanan mereka. Di sisi lain, para profesional kesehatan tidak hanya memerlukan informasi tentang pasien mereka, tetapi juga terapi obat. Para dokter saat ini juga dihadapkan pada tantangan *managed care* dan kebutuhan untuk menangani banyak pasien per harinya untuk mempertahankan kesinambungan keuangannya. Para dokter sedang mencari cara yang dengan itu mereka dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk memperluas layanan mereka dan juga mempertahankan asuhan pasien agar

tetap berkualitas tinggi. Bab 25 akan memberikan gambaran cara yang farmasis dapat kembangkan dan meningkatkan hubungan dengan tenaga kesehatan lain.

Salah satu kelompok konsumen yang kebutuhannya sering diabaikan oleh farmasis adalah pihak pembayar. Saat ini, hampir semua barang dan layanan apotek dibayarkan oleh pihak lain selain pasien itu sendiri. Pembayar tersebut meliputi perusahaan asuransi, *managed care plan*, pemilik usaha, dan badan pemerintah baik lokal, regional, maupun nasional. Meskipun kebanyakan farmasis tidak suka berinteraksi dengan pihak ketiga tersebut, kebanyakan dari mereka mempunyai kebutuhan yang menempatkan farmasis dalam posisi unik yang harus dipuaskan. Pembayar pada umumnya ingin memperoleh barang dan layanan berkualitas tinggi dengan harga seminimal mungkin. Pembayar juga menyadari bahwa mereka tidak akan selalu dapat memperoleh keuntungan optimal dari pengeluaran mereka, terutama pengeluaran yang berkaitan dengan terapi obat. Farmasis, diakui sebagai ahli dalam terapi obat dan eratnya peran mereka berada dalam posisi ideal yang dapat membantu pembayar meningkatkan kualitas perawatan dengan biaya yang terkontrol, terutama melalui layanan bernilai tambah mereka. Farmasis yang dapat menunjukkan nilai dari layanan mereka kepada pembayar seringkali membuat pembayar bersedia memberikan dukungan untuk menggunakan layanan tersebut (Cranor, Bunting, dan Christensen, 2003; Kepple 1998).

Aspek lain dari pasar untuk layanan apotek bernilai tambah mana pun yang harus dipertimbangkan adalah kompetisi. Ketika mengidentifikasi para pesaing, penting untuk menyebutkan dengan jelas layanan semacam apa yang akan diupayakan oleh apotek. Ketika mengidentifikasi pesaing untuk layanan apotek bernilai tambah, farmasis sering kali membatasi pencarian mereka pada apotek dan farmasis lain. Meskipun hal ini tepat untuk barang dan layanan apotek yang umum (seperti, peracikan obat), pertimbangan farmasis mengenai layanan bernilai tambah harus diperluas jaringan pelakunya. Banyak layanan yang ditawarkan oleh farmasis masih berupa pengenalan terhadap produk kebutuhan sehari-hari. Sedikit, kalau pun ada, apotek yang menawarkan layanan semacam ini pada pasar tertentu. Pada sisi yang lain, pesaing lain mungkin telah berhasil mengembangkan layanan tersebut. Sebagai contoh, meskipun layanan edukasi diabetes saat ini tidak ditawarkan di banyak apotek, dokter dan pendidik diabetes bersertifikat (dapat berupa dokter, perawat, farmasis, dan tenaga kesehatan lain) telah menyediakan layanan tersebut selama bertahun-tahun (Zrebiec, 2001).

Mengenali dan mengevaluasi para pesaing adalah bagian penting dalam proses perencanaan bisnis (baca Bab 4). Meskipun para pesaing mempunyai pelanggan tertentu dan berpotensi sebagai ancaman terhadap keberhasilan layanan apotek yang baru, banyak hal yang dapat dipelajari melalui

pengamatan bagaimana cara mereka menyediakan layanan tersebut. Apabila telah terdapat sejumlah besar pesaing di pasar, akan menjadi sebuah rintangan untuk memikirkan bagaimana layanan apotek bernilai tambah baru dapat berhasil berkompetisi meraih pelanggan. Keberadaan para pesaing merupakan sebuah tantangan. Akan tetapi, dengan perencanaan dan penelitian yang tepat, banyak farmasis menemukan bahwa tantangan tersebut dapat diatasi. Salah satu cara ialah dengan menempatkan layanan baru tersebut di pasar sehingga para pelanggan dapat melihatnya sebagai sesuatu yang berbeda dengan yang lain. Hal ini sering disebut sebagai *niche marketing* (Doucette and McDonough, 2002). Sebuah apotek yang berharap dapat mengembangkan program stop merokok akan menemui sejumlah pesaing yang sudah ada (misalnya dokter, psikolog, kelompok pendukung, dan obat-obat bebas). Akan tetapi, apabila apotek tersebut dapat menyediakan layanan yang diakui pelanggan sebagai layanan yang lebih memuaskan atau memberikan kualitas lebih baik atau dengan harga yang lebih murah dari para pesaing, apotek dan layanan penghentian merokok tersebut akan meraih keberhasilan.

Agar layanan apotek bernilai tambah terus berkesinambungan, harus cukup tersedia jumlah konsumen yang bersedia membeli layanan itu. Menginvestasikan terlalu banyak sumber daya untuk sebuah layanan yang hanya memberikan manfaat pada sejumlah kecil konsumen akan membuat usaha bisnis mati. Beberapa sumber daya dapat digunakan untuk menentukan ukuran pasar untuk sebuah layanan profesional. Tempat termudah untuk seorang perencana bisnis memulai adalah dengan meninjau profil pasien, catatan pembelian dan keuangan, serta data internal apotek lainnya. Mengetahui bagaimana resep untuk kelas terapi berbeda diberikan akan membantu seorang perencana menentukan kondisi mana yang paling sering dialami oleh pasien di apotek tersebut. Satu-satunya kerugian dari metode ini ialah bahwa informasi yang diperoleh apotek hanya terbatas pada pelanggan apotek saat ini. Banyak apotek yang berniat menyediakan layanan apotek bernilai tambah yang mampu menarik pasien baru.

Tinjauan pustaka dapat membantu mempelajari besarnya potensi pasar, terutama studi epidemiologi yang menggambarkan kejadian dan prevalensi dari sebuah kondisi. Sayangnya, kebanyakan studi tersebut dilakukan di tingkat negara bagian, nasional, atau bahkan internasional dan tidak memberikan informasi mengenai prevalensi sebuah kondisi di daerah tertentu yang dimaksud. Kerugian ini dapat diatasi dengan menggabungkan pustaka dan hasil wawancara dengan tenaga kesehatan di sekitar lingkungan apotek. Mereka mungkin akan dapat memberikan informasi spesifik tentang pasien-pasien yang mereka dan yang ditangani profesional lain.

Mungkin cara terbaik untuk menentukan ukuran pasar layanan apotek bernilai tambah ialah dengan melakukan

penelitian pasar. Metode penelitian survei dapat digunakan untuk mengumpulkan informasi dari pelanggan potensial. Informasi tersebut tidak hanya dapat digunakan untuk menentukan sejumlah pelanggan potensial untuk suatu daerah tertentu, tetapi juga dapat memberikan informasi tambahan mengenai konsumen yang dapat berpeluang dalam pengembangan layanan apotek bernilai tambah (misalnya, tempat mereka biasa memperoleh layanan semacam itu, bagaimana tingkat kepuasannya terhadap layanan tersebut, dan kesediaan mereka untuk mendapatkan layanan itu dari seorang farmasis). Beberapa kerugian dari penelitian pasar antara lain diperlukan pengetahuan dan keahlian khusus untuk dapat melaksanakan penelitian secara tepat, waktu yang diperlukan untuk itu, biaya yang relatif tinggi dalam melakukan penelitian seperti ini, dan potensi bias yang melekat pada penelitian jenis apa pun. Beberapa studi yang menggunakan penelitian pasar untuk menentukan ukuran dan karakteristik konsumen potensial dari layanan apotek bernilai tambah telah diterbitkan (Larson, 2000; MacKinnon dan Mahrous, 2002; Zgarick dan Cohen, 2000).

Bahkan jika ada banyak konsumen yang tertarik untuk memperoleh layanan apotek bernilai tambah dari farmasis, pertanyaan utama yang harus dijawab ialah apakah mereka bersedia dan mampu untuk melakukan pembelian. Beberapa konsumen (terutama pasien) mungkin sangat tertarik memperoleh layanan kesehatan dari farmasis dan menyatakan dalam survei bahwa mereka bersedia membayar atas layanan yang diperoleh. Akan tetapi, kesediaan untuk membayar bukan berarti bahwa akan terjadi pembayaran yang sebenarnya untuk layanan itu. Mereka mungkin tidak memahami bahwa mereka perlu mengeluarkan sejumlah biaya yang ditagih oleh farmasis atau dapat memperoleh layanan dari penyedia lain (misalnya, dokter) hanya untuk *copayment* asuransi yang kecil.

Ada pula kelompok konsumen lain yang tertarik untuk memperoleh layanan apotek bernilai tambah dan memiliki sumber keuangan untuk itu (misalnya, tenaga kesehatan lain, perusahaan asuransi, karyawan dan badan pemerintah). Akan tetapi, sering kali kelompok tersebut tidak bersedia membayar layanan sebelum farmasis dapat menunjukkan nilai dari layanan tersebut (Poirier, Buffington, dan Memoli, 1999). Hal ini memunculkan fenomena "ayam dan telur" bagi sebagian besar farmasis. Farmasis beranggapan bahwa mereka tidak dapat menunjukkan nilai layanan kecuali mereka diberi kesempatan untuk menyediakannya. Farmasis juga menyebutkan bahwa mereka tidak mampu menyediakan layanan kecuali mereka dibayar untuk itu. Beberapa proyek demonstrasi telah dilakukan untuk menunjukkan nilai dari layanan profesional pada kelompok konsumen yang berbeda (Bluml, McKenney, and Cziraky, 2000; Singhal, Raisch, and Gupchup, 1999). Medicare telah mulai memberikan kesempatan pada farmasis untuk menerima pembayaran atas MTM melalui program Part D (baca Bab 17 dan 26).

Beberapa metode dapat digunakan untuk mempelajari lebih dalam tentang kesediaan dan kemampuan konsumen untuk membayar layanan apotek bernilai tambah. Mengetahui dan mengamati kebiasaan konsumen (misalnya, layanan apa yang akan mereka bayar, berapa besar biaya yang bersedia mereka bayarkan, dan apa yang mereka harapkan dari layanan tersebut) dapat dilakukan dengan cepat dan mudah untuk kebanyakan ruang lingkup praktik. Penelitian pasar dan pustaka farmasi dapat juga digunakan, tetapi perlu diingat bahwa apa yang konsumen sebutkan dalam survei bahwa mereka akan membayar layanan yang diperoleh tidaklah menjamin bahwa mereka benar-benar akan membayar ketika layanan tersebut benar-benar dilakukan. Satu-satunya cara untuk menentukan apakah konsumen akan membayar ialah dengan menawarkan layanan tersebut, menetapkan biayanya, dan mengamati apakah konsumen tersebut melakukan pembayaran. Sayangnya, hal ini hanya dapat terjadi setelah keputusan diambil untuk menawarkan layanan tersebut.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Penelitian Dr. Brouhard tentang layanan terhadap penderita asma dan diabetes memberikan banyak informasi yang berharga. Data awal yang dia dapatkan dari penelusuran internet dan pustaka primer serta sekunder menunjukkan bahwa tiap-tiap layanan mempunyai potensi cukup besar. Dia mengunjungi apotek lain di daerah Phoenix yang menawarkan layanan serupa dan terkesan terhadap tingkat layanan yang diberikan dan kesediaan farmasis untuk berbagi gagasan mereka.

Dia mulai melihat pasar dari tiap-tiap layanan tersebut. Setelah meneliti pada catatan peracikan apotek, dia menemukan ada banyak pasien menggunakan obat-obat asma, lebih banyak lagi pada pasien dengan terapi obat- penurun lemak dan obat jantung, tetapi yang paling banyak ialah pasien dengan terapi obat hipoglikemi oral. Dokter setempat mengatakan bahwa mereka mengalami keterbatasan waktu untuk mencatat semua kasus diabetes yang baru terlihat. Beberapa di antaranya menyebutkan pula bahwa mereka mempekerjakan perawat yang memiliki sertifikat sebagai pendidik pasien diabetes (*certified diabetes educators* (CDE)) untuk mendidik pasien tentang penyakit mereka (terutama sejak Medicare membayar mereka), tetapi dibutuhkan waktu lebih dari 6 bulan sejak mereka awal diagnosis sampai mereka mendapatkan seorang pasien mengikuti program edukasi tersebut. Dr. Brouhard berpikir bahwa setidaknya beberapa dari pasien tersebut mungkin bersedia mengeluarkan biaya dari kantong sendiri untuk mendapatkan layanan ini lebih cepat daripada harus menunggu selama lebih dari 6 bulan untuk dilayani oleh seorang perawat. Di samping itu, sebaik apakah perawat tersebut mampu menjelaskan tentang segala obat-obatan yang sedang digunakan pasien untuk mengontrol penyakitnya?

■ DAPATKAH SEBUAH APOTEK MEMENUHI KEBUTUHAN PARA KONSUMEN?

Diumpamakan memang ada kebutuhan konsumen dan pasar akan layanan apotek bernilai tambah tertentu. Sebelum melanjutkan usaha, para perencana bisnis harus mengajukan sebuah pertanyaan, yaitu apakah mereka dapat memenuhi kebutuhan para konsumen. Jawaban dari pertanyaan tersebut tidak selalu semudah yang terlihat dan membutuhkan banyak introspeksi baik dari pihak farmasis maupun organisasi farmasi.

Satu cara yang dapat dilakukan para perencana bisnis untuk dapat menjawab pertanyaan tersebut ialah dengan melakukan analisis SWOT, sebagaimana telah dibahas pada Bab 3 dan 4. Analisis SWOT yaitu *strengths* (kekuatan), *weaknesses* (kelemahan), *opportunities* (peluang) dan *threats* (ancaman) dapat diterapkan baik pada rencana strategis maupun bisnis. Pada perencanaan strategis, para manajer melaksanakan analisis ini pada tingkat yang lebih luas, melihat keseluruhan organisasi. Pada perencanaan bisnis, kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman hanya dievaluasi pada tingkat layanan yang sedang dipertimbangkan. Kekuatan dan kelemahan dianggap sebagai internal sebuah organisasi yang paling mudah untuk dievaluasi *mula-mula*. Keduanya juga masih berada dalam kendali organisasi, beberapa aspek yang semula dianggap sebagai kelemahan dapat diatasi dan bahkan dapat menjadi kekuatan organisasi di kemudian hari. Peluang dan ancaman pada umumnya merupakan faktor eksternal organisasi. Oleh karena keduanya adalah bagian dari lingkungan eksternal, keduanya sering kali sulit untuk dikendalikan. Pada saat yang sama, keduanya mempunyai desakan pengaruh sebesar pengaruh dari dua faktor internal, yaitu kekuatan dan kelemahan, terhadap keberhasilan atau kegagalan layanan apotek bernilai tambah.

Faktor internal pertama yang harus dievaluasi dalam perencanaan organisasi ialah sumber daya yang diperlukan untuk menyediakan layanan yang dimaksud. Ini diawali dengan kemampuan dan ketertarikan staf dalam menyediakan layanan. Banyak layanan apotek bernilai tambah memerlukan pengetahuan dan keterampilan di atas yang digunakan pada fungsi peracikan biasa. Anggota staf mungkin perlu mengikuti program pendidikan atau pelatihan untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang tepat. Beberapa layanan bernilai tambah menyaratkan agar farmasis yang telah tersertifikasi untuk mempraktikkan keahlian dan keterampilan mereka di bidang itu sebelum menawarkan layanan yang dimaksud. Negara bagian yang mengizinkan farmasis melakukan imunisasi mensyaratkan agar mereka tersertifikasi sebelum memberikan layanan ini (APhA, 2007). Medicare dan banyak perusahaan asuransi mensyaratkan farmasis

menjadi CDE sebelum mereka dapat mengompensasi para farmasis untuk melakukan layanan edukasi diabetes. Untuk dapat menjadi CDE, seorang farmasis perlu menyelesaikan serangkaian latihan, memperoleh pengalaman dalam memberikan edukasi diabetes pada pasien, serta lulus ujian. Proses ini pada umumnya dapat diselesaikan dalam waktu dua tahun. Sejak tahun 2007, sekitar 1000 farmasis telah berhasil memenuhi persyaratan CDE (NCBDE, 2007).

Tidak dapat dipungkiri bahwa para farmasis harus tertarik menyediakan layanan bernilai tambah jika mereka ingin berhasil. Penting untuk menyesuaikan keterampilan dan ketertarikan seorang personel apotek dengan layanan yang akan diberikan di apotek tersebut. Apabila seorang farmasis tidak tertarik untuk menyediakan sebuah layanan, perlukah dia diberikan dorongan agar dapat memotivasinya melakukan itu? Jika tidak, bisakah mempekerjakan farmasis lain yang memiliki ketertarikan dan keterampilan yang diperlukan untuk meraih keberhasilan?

Apotek membutuhkan sejumlah sumber daya fisik untuk dapat menyediakan layanan bernilai tambah. Pada umumnya diawali dari tata ruang apotek. Kebanyakan layanan apotek bernilai tambah menyaratkan setidaknya sedikit privasi. Sayangnya, apotek yang telah dirancang untuk memaksimalkan proses peracikan seringkali tidak memiliki kantor pribadi atau ruangan khusus untuk memberikan layanan asuhan pasien. Sumber fisik lain yang perlu disediakan untuk memberikan layanan profesional meliputi perangkat keras dan lunak komputer, peralatan pengujian, peralatan kesehatan, dan alat kantor.

Apotek harus pula bersedia menyediakan sumber daya keuangan untuk pengembangan layanan bernilai tambah yang baru. Modal kerja dibutuhkan untuk mendukung pembelian peralatan, perlengkapan, dan pemasaran sebelum layanan ditawarkan. Karena kebanyakan layanan tidak menghasilkan pendapatan awal yang cukup untuk menutup biaya pengeluaran pengadaannya, uang juga diperlukan untuk membayar gaji karyawan dan melanjutkan pembelian barang-barang yang diperlukan. Para perencana bisnis harus mempertimbangkan berapa banyak modal yang akan diperlukan untuk memulai sebuah layanan dan berapa lama mereka mau menyokong layanan itu sebelum layanan tersebut diharapkan menutup biayanya sendiri serta berkontribusi pada keuntungan organisasi.

Sumber daya internal lain yang tidak dapat dilewatkan ialah dukungan dari para administrator di dalam organisasi. Mereka yang "membeli"/ menyetujui konsep layanan bernilai tambah cenderung memberikan dukungan pada pengembangan dan penyediaan sumber daya yang diperlukan untuk memulainya. Farmasis yang berharap mendapatkan dukungan ini pada umumnya berusaha meyakinkan mereka tentang bagaimana penerapan layanan bernilai tambah dapat membantu meraih tujuan organisasi keseluruhan.

Banyak faktor eksternal, seperti tren demografis pasien, dapat dipandang sebagai ancaman maupun peluang untuk pengembangan layanan bernilai tambah. Tingginya usia populasi dan meningkatnya ketergantungan, terapi obat sebagai perawatan medis telah sangat meningkatkan jumlah resep yang diracik di apotek (NACDS, 2007). Hal ini dapat dilihat sebagai ancaman sehingga staf apotek tidak memiliki cukup waktu untuk menyediakan layanan non-racikan. Di sisi lain, tren ini juga menunjukkan peluang farmasis untuk menerapkan layanan baru yang memenuhi peningkatan kebutuhan pasien akan informasi kesehatan dan pemantauan terapi obat.

Faktor eksternal lain yang dapat berpengaruh pada keberhasilan atau kegagalan layanan bernilai tambah meliputi hukum dan peraturan yang memengaruhi praktik (baik farmasis maupun tenaga kesehatan lain), kebijakan penggantian dan kompensasi dari pihak pembayar, kompetisi dari apotek dan penyedia layanan kesehatan lain, teknologi, serta kebutuhan perawatan kesehatan konsumen yang selalu berubah. Meskipun sulit untuk dipengaruhi, faktor-faktor masih dapat diatur. Kesiadaan farmasis untuk berperan aktif menyikapi masalah-masalah tersebut (terutama melalui keterlibatan dalam organisasi profesional dan kelompok lain) seringkali dapat menyuarakan dan membantu membentuk kebijakan-kebijakan yang memengaruhi masa depan mereka.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Setelah menilai pasar untuk layanan edukasi diabetes, Dr. Brouhard melihat lebih dekat pada lingkungannya. Pandangan di dalam apotek dan organisasi tempat dia bekerja tampaknya positif. Meskipun dia bukanlah seorang yang ahli di bidang diabetes, dia telah berdiskusi dengan farmasis lain di apoteknya yang telah menjadi seorang CDE. Pihak apotek selain mendukungnya mengikuti pelatihan juga membantu pembayaran sebagian biaya sertifikasi. Dr. Brouhard selalu memiliki keinginan untuk belajar lebih sehingga dia memutuskan memulai proses sertifikasinya sendiri.

Apoteknya telah memiliki ruang konseling pribadi, dia pun melihat bahwa ada beberapa sumber daya dari layanan asma anak yang dapat ia gunakan untuk layanan diabetes. Ketika dia menyampaikan gagasan tersebut pada manajer apotek, sang manajer nampak sangat senang, terutama karena tingginya potensi dari layanan tersebut untuk dapat menarik pelanggan baru apotek. Sang manajer menekankan bahwa anggaran untuk mendukung layanan tersebut terbatas dan dia harus memberikan proyeksi keuangan lebih sehingga sang manajer dapat mendiskusikan hal tersebut dengan manajer wilayah sebelum mendukung pelaksanaan layanan tersebut.

Ada beberapa ancaman yang mungkin muncul dari layanan tersebut, tetapi tidak satu pun yang dia rasakan

tidak dapat diatasi. Meskipun selalu banyak resep obat yang dilayani, kekurangan tenaga farmasis bukanlah menjadi masalah besar. Akan tetapi, dia mengetahui bahwa apoteknya sedang mengembangkan teknologi baru yang dapat mempercepat proses peracikan dan negara bagiannya baru saja mengubah undang-undang praktik kefarmasian untuk memberi kesempatan kepada para teknisi apotek menjalankan lebih banyak fungsi. Dia melihat bahwa perubahan tersebut seharusnya dapat membantu membebaskan waktu yang dibutuhkan untuk mengembangkan, memasarkan, menerapkan, dan tentu saja menyediakan layanan edukasi diabetes pada para pasien.

■ KESIMPULAN

Apotek, seperti halnya bisnis atau organisasi lain, tidak dapat mengembangkan layanan bernilai tambah baru dengan harapan para konsumen menerima layanan tersebut. Manajer apotek dapat menggunakan perencanaan bisnis sebagai alat untuk mengevaluasi kebutuhan konsumen, pasar, dan sumber daya mereka sendiri sebelum memutuskan apakah akan menawarkan layanan bernilai tambah dan layanan semacam apa yang paling mungkin akan meraih kesuksesan. Meskipun menggunakan perencanaan bisnis tidak menjamin bahwa layanan tersebut akan berhasil, proses perencanaan bisnis itu dapat membantu para manajer untuk mengelola resiko yang muncul pada bidang baru yang semakin penting tersebut.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apa bahayanya menggunakan pendekatan "buatlah dan mereka akan datang" terhadap pengembangan layanan profesional?
2. Bandingkan dan bedakan jenis layanan apotek bernilai tambah antara Rumah Sakit Penelitian Anak St. Jude's Children dengan Walgreen yang lebih dapat diterima (lihat Tabel 24-1).
3. Bagaimanakah pengembangan perencanaan bisnis dapat membantu Dr. Brouhard sebelum dia mengimplementasikan layanan asma anak di Arizona?
4. Berdasarkan pengetahuan anda, layanan profesional apa yang juga memungkinkan untuk ditawarkan oleh Dr. Brouhard di apoteknya yang baru?

REFERENSI

- American Pharmacists Association (APhA). 2007. Pharmacy-Based Immunization Delivery Certificate Program; tersedia di Web APhA, www.pharmacist.com; diakses pada Oktober 2007.
- Bluml BM, McKenney JM, Cziraky MJ. 2000. Pharmaceutical care services and results in Project IMPACT: Hyperlipidemia. *J Am Pharm Assoc* 40:157.
- Cranor CW, Bunting BA, Christensen DB. 2003. The Asheville Project: Long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 43:173.
- Doucette WR, McDonough RP. 2002. Beyond the 4 P's: Using relationship marketing to build value and demand for pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 42:183.
- Hepler CD, Strand LM. 1989. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Pharm Educ* 53:7S.
- Kepple SR. 1998. Pharmacists in Asheville, North Carolina, pick up city paychecks for diabetes services. *Am J Health-Syst Pharm* 55:10.
- Kotler P. 1997. *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, 9th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Larson RA. 2000. Patient willingness to pay for pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* 40:618.
- MacKinnon GE, Mahrous H. 2002. Assessing consumers' interest in health care services offered in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 42:512.
- National Association of Chain Drug Stores (NACDS). 2007. *The Chain Pharmacy Industry Profile*. 2006. Alexandria, VA: National Association of Chain Drug Stores.
- National Certification Board for Diabetes Educators (NCBDE). 2007. NCBDE Website; tersedia di www.ncbde.org; diakses pada Oktober 2007.
- National Library of Medicine. 2007. Pub Med Web site; tersedia di www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez; diakses pada Oktober 2007.
- Poirier S, Buffington DE, Memoli GA. 1999. Billing third party payers for pharmaceutical care services. *J Am Pharm Assoc* 39:50.
- St. Jude Children's Research Hospital. 2007. Mission Statement, St. Jude's Web site; tersedia di www.stjude.org; diakses pada Oktober 2007.

- Singhal PK, Raisch DW, Gupchup GV. 1999. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: Evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 33:1336.
- Thomson Scientific. 2007. International Pharmaceutical Abstracts Web site; www.thomson.com/content/scientific/brand_overview/ipa; diakses pada Oktober 2007.
- Walgreen's. 2007. Mission Statement. Walgreen's Web site; tersedia di www.walgreens.com; diakses pada Oktober 2007.
- Zgarrick DP, Cohen E. 2000. Consumer demand for disease management services in a chain of grocery store community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 40:158.
- Zrebiec J. 2001. A national job analysis of certified diabetes educators by the National Certification Board for Diabetes Educators. *Diabetes Educ* 27:694.

MENERAPKAN LAYANAN APOTEK BERNILAI TAMBAH

Randal McDonough

Tentang penulis: Dr. McDonough adalah wakil pemilik dan Direktur Pelayanan Klinis di Towncrest and Medical Plaza Pharmacies, Iowa. Beliau juga Adjunct Professor (Clinical) di College of Pharmacy, University of Iowa. Dr. McDonough meraih B.S. di bidang farmasi, M.S. di bidang administrasi farmasi dan Pharm.D. dari College of Pharmacy, University of Iowa. Di tempat praktiknya di kota Iowa, beliau telah mengembangkan dan menerapkan beberapa layanan farmasi, meliputi manajemen kasus kefarmasian (*pharmaceutical case management*, PCM), manajemen terapi pengobatan (*medication therapy management*, MTM), imunisasi, dan skrining kesehatan. Beliau tersertifikasi di bidang geriatri dan farmakoterapi. Beliau tergabung dalam program sertifikasi American Pharmacists Association untuk diabetes dan hiperlipidemia. Beliau sering diundang sebagai pembicara tentang pengembangan dan penerapan praktik dan telah menerbitkan banyak artikel serta bab dalam buku mengenai bidang tersebut.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan jenis layanan bernilai tambah yang telah diterapkan oleh farmasis dalam praktik.
2. Mendiskusikan komponen-komponen dari layanan bernilai tambah yang perlu dipertimbangkan sebelum penerapannya.
3. Mengenal komponen utama dalam pedoman kebijakan dan prosedur.
4. Mendiskusikan pengelolaan bauran pemasaran selama penerapan layanan.
5. Mendeskripsikan peran perjanjian praktik kolaboratif dalam pengembangan layanan bernilai tambah.

■ SKENARIO

Carol Smith, farmasis pemilik Apotek Care-Rite, tertarik mengembangkan layanan klinis. Apoteknya terletak di sebuah kota dengan populasi sekitar 100.000 jiwa. Meskipun dia belum pernah menerapkan layanan bernilai tambah, para pasien dan tenaga kesehatan lain mengakui bahwa staf di tempat praktiknya ramah terhadap pelanggan dan berorientasi pada pelayanan. Dia memiliki dua orang farmasis yang bekerja penuh dan dua orang farmasis paruh waktu yang telah bekerja selama bertahun-tahun (antara 5 hingga 15 tahun). Mereka baru saja menyusun sebuah rencana strategis, analisis SWOT, dan menyurvei pasien mereka. Hasil dari survei menunjukkan bahwa pasar utama mereka adalah perempuan berusia lebih

dari 50 tahun. Pada mulanya, mereka berencana menerapkan program edukasi diabetes, tetapi penelitian pasar mereka menyebutkan bahwa rumah sakit setempat mensponsori sebuah program pengenalan American Diabetes Association (ADA). Kehadiran rumah sakit itu di tengah masyarakat dirasakan sangat penting, dan para pendidik pasien diabetes rumah sakit tersebut tidak tertarik untuk menjalin kerja sama dengan apotek setempat. Selain itu, mereka melihat kemungkinan mengembangkan layanan pemantauan penggunaan antikoagulan berbasis komunitas. Akan tetapi, setelah menyelidiki penggantian atas layanan ini, mereka menyadari bahwa secara finansial layanan ini tidak mungkin dilakukan. Penelitian pasar menunjukkan bahwa masyarakat setempat membutuhkan program manajemen terapi pengobatan (MTM). Mereka memiliki banyak pasien yang berada dalam terapi empat atau lebih obat serta mempunyai beberapa kondisi kronis. Banyak dari pasien ini membutuhkan bantuan tentang masalah manajemen pengobatan. Mereka juga mencatat bahwa tidak ada program serupa yang ditawarkan di masyarakat.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apa saja jenis berbagai layanan bernilai tambah yang telah diterapkan oleh para farmasis di tempat praktik mereka? Deskripsikan proses manajemen pengobatan untuk tiap-tiap jenis layanan.
2. Apa saja komponen layanan bernilai tambah yang harus dipertimbangkan dan direncanakan oleh farmasis sebelum penerapannya?
3. Mengapa pedoman kebijakan dan prosedur berperan penting dalam keberhasilan penerapan layanan?
4. Bagaimana seharusnya farmasis mengelola bauran pemasaran selama penerapan layanan bernilai tambah?
5. Bagaimana perjanjian praktik kolaboratif membantu farmasis dalam menerapkan layanan bernilai tambah?

■ PENDAHULUAN

Sebagaimana telah dibahas pada bab terdahulu, menerapkan layanan apotek bernilai tambah membutuhkan perencanaan strategis komprehensif yang meliputi pernyataan misi, analisis SWOT, tujuan dan harapan yang ingin diraih, serta strategi untuk mencapai tujuan. Rencana ini memberikan arahan untuk praktik dan menuntun alokasi sumber daya dan upaya. Seperti yang tergambar dalam skenario, proses perencanaan membantu Carol, sang pemilik apotek, untuk mengidentifikasi sebuah layanan yang sesuai dengan rencana strategis apotek yang ceruk layanan tersebut belum pernah ada di pasaran. Farmasis dapat menerapkan berbagai jenis layanan dalam praktik mereka, tetapi penting melakukan penelitian pasar untuk menentukan peluang dan ancaman

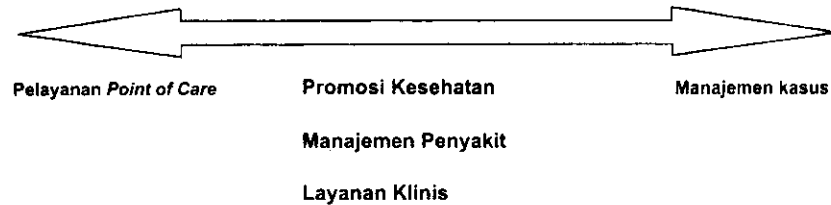
di pasar untuk menjamin keberhasilan layanan baru. Selain itu, penting juga menilai motivasi dan kemampuan farmasis untuk menyediakan layanan. Tampak jelas bahwa keberhasilan layanan tergantung baik pada peluang pasar maupun kemampuan farmasis dalam menyediakan layanan.

■ JENIS LAYANAN BERNILAI TAMBAH

Layanan bernilai tambah dapat dijabarkan dalam rangkaian kesatuan (Gambar 25-1). Pada salah satu ujungnya, farmasis lebih memfokuskan tentang masalah terapi obat yang terjadi selama tahap peracikan (disebut *point of care*). Di ujung yang lain, farmasis menyediakan layanan manajemen terapi obat berkelanjutan untuk memilih orang-orang yang berada dalam komorbiditas majemuk yang memerlukan terapi kompleks (yaitu, manajemen kasus). Layanan lain terletak di antara kedua ujung rangkaian, misalnya program manajemen penyakit, pelayanan klinis seperti klinis antikoagulan dan lemak, serta layanan skrining kesehatan.

Tanpa memperhatikan layanan apa yang sedang disiapkan, aktivitas klinis dan proses manajemen pengobatan yang diberikan oleh farmasis serupa dengan rangkaian kesatuan seperti pada gambar di atas. Aktivitas klinis dan pemeriksaan pasien telah dideskripsikan pada pustaka lain (McDonough, 1996; Strand, Cipolle, dan Morley, 1988, 1992). Proses manajemen pengobatan meliputi pengumpulan data pasien terkait dengan riwayat medis dan pengobatan, evaluasi atau penilaian informasi tersebut, identifikasi masalah yang terjadi dengan pengobatan pasien, pengembangan perencanaan kerja untuk mengatasi masalah, dan penerapan perencanaan termasuk kegiatan lanjutan jika diperlukan. Menerapkan sebuah rencana untuk mengelola terapi obat biasanya meliputi komunikasi dengan pasien (yaitu pendidikan pasien) dan para praktisi (misalnya dokter). Pendokumentasian yang tepat terhadap aktivitas perawatan pasien merupakan komponen integral dalam layanan bernilai tambah.

Beberapa studi menyelidiki pengaruh farmasis dalam memberikan layanan manajemen terapi obat pada *point of care* selama proses peracikan (Christensen et al., 1998; Dobie dan Rascati, 1994; Knapp et al., 1998; Rupp, 1988, 1992; Smith, Faussatt, dan Christensen, 1999). Informasi yang perlu dikumpulkan pada *point of care* mungkin tidak sekomprensif layanan lain. Sebagai contoh, selama proses peracikan, ditemukan bahwa pasien alergi pada obat tertentu. Dalam rangka menyelesaikan masalah tersebut, farmasis perlu mengumpulkan data yang berkaitan dengan alergi, mengidentifikasi alternatifnya, menghubungi dokter, membuat rekomendasi, mengganti obat dan mendokumentasikannya (dalam rekam pasien) untuk melengkapi proses. Meskipun telah fokus pada proses klinis, farmasis perlu melakukan layanan yang mempunyai relevansi klinis.



Gambar 25-1 Rangkaian kesatuan layanan bernilai tambah.

Program pemantauan/skrining dan promosi kesehatan oleh farmasis adalah tahapan selanjutnya dari layanan bernilai tambah. Layanan jenis ini, meskipun fokusnya relatif sempit, data pasien yang dikumpulkan harus lebih lengkap dan dilakukan dalam jangka panjang. Pendokumentasian dapat lebih komprehensif dengan membuat kartu pasien sebagai tambahan dari rekam peracikan. Proses klinis tetap sama seperti pada pelayanan *point of care* tetapi terpisah dari fungsi peracikan. Contoh dari layanan pemantauan berkelanjutan meliputi pemantauan penggunaan antikoagulan oleh farmasis (Ansall et al., 1997; Davis dan Sczupak, 1979; Knowlton et al., 1999; McCurdy, 1993; Norton dan Gibson, 1996; Reinders dan Steinke, 1979) dan manajemen lemak (Furmaga, 1993; Simpson, Johnson, and Tsuyuki, 2001; Tsukuki et al. 1999). Program skrining/promosi kesehatan juga telah dikembangkan di apotek pada program berhenti merokok (Kennedy et al., 2002), skrining osteoporosis (Elliott et al., 2002), serta skrining lemak dan penilaian kardiovaskular (Madejski dan Madejski, 1996; Tice dan Phillips, 2002).

Jenis pelayanan klinis lain terkait dengan manajemen penyakit. Layanan ini terjadi secara terpisah dari fungsi peracikan pada jangka waktu yang lebih lama, tetapi memiliki kelebihan sebagai media pendidikan berkelanjutan untuk pasien dan tinjauan mendalam atas terapi obat dalam rangka mencapai tujuan terapi. Farmasis menyiapkan kartu pasien yang komprehensif, melakukan sesi pertemuan dengan pasien selama 15-60 menit, dan meninjau keseluruhan profil pengobatan pasien. Program manajemen obat yang ditangani farmasis yang sering dibahas lebih difokuskan pada penyakit-penyakit seperti hipertensi (Hawkins et al., 1979; McKenney et al., 1973, 1978; Reinders dan Steinke, 1979), diabetes (Baran et al., 1999; Berringer et al., 1999; Coast-Senior et al., 1998; Jaber et al., 1996; Schilling, 1977; Swain dan Macklin, 2001; Tiggelaar, 1987), dan asma (Grainger-Rousseau et al., 1997; Herborg et al., 2001; Kneoll et al., 1998; Pauley, Magee, dan Cury, 1995; Rupp, McCallian, dan Sheth, 1997).

Layanan manajemen terapi obat yang paling komprehensif adalah manajemen kasus. Pada situasi ini, farmasis bertanggung jawab melengkapi pemeriksaan pasien. Riwayat pasien yang detail dibuat, tinjauan komprehensif terhadap semua pengobatan dilakukan dan pasien diikuti selama periode waktu yang cukup panjang. Layanan ini juga terjadi

terpisah dari peracikan dan merupakan layanan paling menantang bagi farmasis. Masalah medis pasien dapat saja kompleks dan melibatkan banyak dokter. Beberapa studi menyelidiki pengaruh tinjauan farmasis pada pasien-pasien dengan risiko tinggi pada lingkup masyarakat (Cowper et al., 1998; Hanlon et al., 1996; Petty et al., 2002).

■ KOMPONEN-KOMPONEN LAYANAN BERNILAI TAMBAH

Setelah menetapkan layanan apa yang akan diterapkan, penting untuk memikirkan akan seperti apa dan bagaimana layanan tersebut akan diberikan dalam praktik. Seperti telah dibahas sebelumnya, tanpa memperhatikan jenis layanan (yaitu diabetes, lemak, asma, dll.), proses manajemen pengobatan yang digunakan oleh farmasis relatif sama. Beberapa komponen layanan menuntut farmasis untuk mengumpulkan informasi klinis pasien, meliputi data laboratorium. Farmasis juga perlu menilai informasi pasien yang telah dikumpulkan dan membuat keputusan klinis berdasarkan ketepatan terapi. Edukasi pasien adalah sebuah komponen pada tiap-tiap tipe layanan tetapi dapat lebih ditekankan pada layanan tertentu (misalnya, program kesehatan difokuskan pada manajemen penyakit). Akhirnya, beberapa pertimbangan dibuat untuk luaran-luaran klinis yang ingin dicapai farmasis ketika menerapkan layanan.

Pengumpulan data

Pengumpulan data pasien adalah komponen paling utama dari layanan bernilai tambah. Informasi yang terkumpul memberikan landasan dan parameter penting bagi farmasis. Jumlah dan tipe informasi yang diperlukan dari pasien atau penyedia layanan kesehatan lain dapat saja berbeda tergantung pada jenis layanannya. Akan tetapi, apa pun itu, informasi tersebut adalah dasar dari komponen lain yang perlu dibangun. Lembar data dapat dibuat oleh farmasis untuk mengumpulkan informasi tersebut (lihat Gambar 25-2 sampai 25-4). Selain itu, beberapa pertimbangan perlu diberikan tentang bagaimana informasi tersebut akan disimpan (yaitu dalam *database* pasien berbentuk kartu atau

Lembar Riwayat Pasien

Nama: _____ Telepon: _____ (Kantor) _____
 (Rumah) _____
 Alamat: _____ Kota: _____ Negara bagian: _____
 Tanggal lahir: _____ Tinggi badan: _____ Berat badan: _____ Jenis kelamin: _____
 Status perkawinan: _____ Status kehamilan: _____

Kondisi medis (misalnya: menggunakan alat bantu pendengaran, pompa jantung, kacamata, alat gerak palsu): _____

Reaksi alergi:

Riwayat Merokok:

_____ Tidak pernah merokok
 _____ Bungkus per hari _____ Tahun
 selama
 _____ Berhenti _____ Tahun yang lalu

Riwayat Kafein:

_____ Tidak pernah mengonsumsi
 _____ Jumlah gelas per hari
 _____ Berhenti _____ Tahun yang lalu

Riwayat Alkohol:

_____ Tidak pernah mengonsumsi
 _____ Jumlah gelas per hari
 _____ Berhenti _____ Tahun lalu

Riwayat Diet:

_____ Jumlah porsi makanan per hari
 _____ Larangan makanan (jelaskan)
 Lain-lain: _____

Karena informasi kesehatan dapat berubah sewaktu-waktu, saya akan memberitahu farmasis tentang obat baru (resep maupun non-resep), perubahan penggunaan obat, alergi baru, reaksi obat atau perubahan kondisi kesehatan. Saya sepenuhnya memberikan otoritas pemberian informasi dan sistem pembayaran asuransi pada apotek atas nama saya.

Tanda tangan

Tanggal

Informasi ini dikumpulkan oleh farmasis Anda sebagaimana sesuai dengan peraturan negara bagian sehingga farmasis tersebut dapat memberikan layanan terbaik untuk Anda. Informasi ini akan dijaga kerahasiaannya.

Saya tidak bersedia melengkapi lembar isian ini dan TIDAK AKAN MEMINTA PERTANGGUNG-JAWABAN DARI PIHAK APOTEK ATAS KEJADIAN EFEK SAMPING OBAT YANG MUNGKIN AKAN TERJADI.

Tanda tangan

Tanggal

Gambar 25-2. Lembar Riwayat Pasien.

Apotek Care-Rite
Lembar Riwayat Medis Pasien

Riwayat medis: Pernahkah Anda atau anggota keluarga Anda memiliki (beri tanda pada kolom yang tersedia)

Penyakit	Anda	Anggota keluarga
Tekanan darah tinggi		
Asma		
Kanker		
Depresi		
Penyakit paru-paru		
Diabetes		
Penyakit jantung		
Stroke		
Penyakit ginjal		
Gangguan jiwa		
Penyalahgunaan obat		
Lain-lain		

Masalah medis: Pernahkah Anda mengalami atau apakah Anda menderita kondisi berikut:

Penyakit	Ya	Tidak	Penyakit	Ya	Tidak
Sering mengalami infeksi saluran kemih			Nyeri kaki atau tungkai		
Sulit kencing			Gangguan pembekuan darah		
Sering kencing pada malam hari			Nyeri atau bengkak pada tungkai		
Gangguan hati			Pendarahan atau kebabahan yang tidak biasa		
Masalah dengan makanan tertentu			Anemia		
Mual/muntah			Gangguan kelenjar tiroid		
Konstipasi/diare			Gangguan hormon		
Tinja berdarah atau hitam			Artritis atau masalah sendi		
Kram atau nyeri perut			Kram atau kelemahan otot		
Sering kram/nyeri ulu hati			Gangguan daya ingat		
Tukak lambung			Pusing		
Sesak napas			Gangguan pendengaran atau penglihatan		
Batuk berdarah atau berdahak			Sering sakit kepala		
Nyeri dada atau sesak			Ruam kulit atau bintik-bintik merah		
Pingsan			Perubahan selera makan		
Jantung berdebar			Gangguan keseimbangan		

Gambar 25-3. Lembar Riwayat Medis Pasien Apotek Care-Rite.

Apotek Care-Rite
Riwayat Medis dan Pengobatan

Dicatat oleh: _____ Tanggal: _____

Nama Pasien: _____ Jenis _____ Tanggal _____ Tinggi _____ Berat _____ Berat Badan _____ Ras _____
Kelamin _____ Lahir _____ Badan _____ Badan _____ saat lahir _____

[illegible][illegible]

Gambar 25-4. Riwayat Medis dan Pengobatan Apotek Care-Rite.

OTORISASI PEMBERIAN INFORMASI MEDIS

Tanggal: _____ Tanggal Lahir: _____

Nomor Identitas: _____

Nama Pasien: _____

Alamat: _____

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini, memberikan izin kepada apotek yang namanya tersebut di atas untuk
☐ memperoleh dari atau ☐ memberikan kepada:

_____ (Nama orang atau institusi)

_____ (Alamat orang atau institusi)

Informasi berikut berdasarkan Rekam Klinis Pasien:

Saya menyadari sepenuhnya bahwa informasi tersebut akan digunakan untuk keperluan:

- ☐ Memberikan informasi sehingga memungkinkan pelaksanaan asuhan kefarmasian pada pasien
☐ Memberikan informasi kepada dokter berdasarkan perawatan yang dilakukan oleh farmasis
☐ Mendukung pembayaran klaim asuransi
☐ Lain-lain:

Otorisasi ini berlaku dalam jangka waktu 12 bulan kecuali dinyatakan lain.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa saya dapat membatalkan kesediaan ini sewaktu-waktu dengan mengirimkan pemberitahuan tertulis pada apotek tersebut di atas. Saya menyadari sepenuhnya bahwa informasi yang diterbitkan sebelum pembatalan tersebut berdasarkan otorisasi ini bukanlah merupakan pelanggaran atas hak-hak kerahasiaan saya. Saya menyadari sepenuhnya bahwa saya dapat meninjau informasi tersebut di atas dengan cara menghubungi apotek tersebut.

Tanda tangan pasien atau perwakilan yang mendapat kuasa/tanggal
 Wakil apotek

Hubungan kekerabatan dengan perwakilan
 yang mendapat kuasa

Wakil apotek/tanggal:

Otorisasi khusus untuk memberikan informasi yang dilindungi oleh undang-undang negara bagian atau negara - Saya memberikan kuasa khusus dengan menuliskan inisial nama saya di samping kategori berikut dan menandatangani:

- ☐ Penyalahgunaan obat
☐ Kesehatan Jiwa
☐ HIV/AIDS

Tanda tangan pasien atau perwakilan yang mendapat kuasa dan tanggal penulisan

☐ Rilis surat atau informasi dikirimkan _____

Tanda tangan/Tanggal

Larangan Pengungkapan Ulang

Lembar ini tidak memberikan otorisasi pengungkapan ulang informasi medis di luar informasi yang terbatas pada lembar ini. Informasi tentang penyalahgunaan obat dan alkohol dilindungi oleh undang-undang negara, informasi tentang kesehatan jiwa atau yang berkaitan dengan HIV/AIDS dilindungi oleh undang-undang negara bagian. Peraturan negara (42 CFR Bagian 2) dan peraturan negara bagian (Iowa Code chs. 228/141) melarang penerbitan informasi lain tanpa disertai pernyataan tertulis dari pasien jika tidak diizinkan oleh undang-undang dan peraturan yang berlaku. Informasi yang diterbitkan pada lembar ini tidak mempunyai tujuan lain selain untuk keperluan medis. Sanksi akan dikenakan pada pemberian informasi mengenai penyalahgunaan obat/alkohol, kesehatan jiwa dan informasi HIV/AIDS kepada pihak yang tidak berwenang.

Gambar 25-5. Otorisasi Pemberian Informasi Medis.

elektronik). Informasi yang harus dikumpulkan dari pasien meliputi data demografi, riwayat medis, riwayat keluarga, dan riwayat pengobatan. Karena beberapa informasi yang diperlukan mungkin saja diperoleh dari tenaga kesehatan atau lembaga kesehatan lain, kewenangan untuk memberikan informasi medis tersebut harus ditandatangani oleh pasien dan disimpan sebagai bagian dari kartu (lihat Gambar 25-5). Akhirnya, farmasis harus menjamin bahwa posisi mereka sesuai dengan *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPPA) dan meyakinkan pasien mereka bahwa informasi yang diberikan bersifat rahasia dan tersimpan aman di apotek.

Layanan Pemantauan/Skrining Laboratorium Berbasis Apotek

Meskipun farmasis dapat menerima data pasien dari laboratorium atau dokter, akan lebih tepat baik bagi pasien maupun farmasis jika layanan pemantauan/skrining laboratorium dilakukan di apotek pada *point of care*. Beberapa macam peralatan dapat dibeli oleh farmasis dan diintegrasikan pada praktik mereka. Sebagai contoh, farmasis yang menerapkan program kesehatan dapat menyediakan alat analisis lemak tubuh, timbangan berat badan, atau alat monitor yang dapat mengukur kadar gula dan lemak darah pasien. Alternatif lain, farmasis yang mengembangkan program diabetes dapat menyiapkan alat untuk mengukur kadar hemoglobin terglikosilat (A_{1c}) pasien. Selain itu, beberapa farmasis dapat memutuskan untuk mengembangkan program kesehatan perempuan dan menyediakan densitometer tulang pengukur mineral tulang untuk menentukan risiko patah hingga osteoporosis.

Apotek yang menerapkan layanan pemantauan/skrining harus mengenal *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA) tahun 1988. CLIA diterbitkan untuk menjamin bahwa semua laboratorium medis memenuhi standar kualitas. Amandemen ini dilaksanakan oleh *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), yang bertanggung jawab untuk registrasi laboratorium, pembuatan sertifikat, pedoman survei dan pelaksana survei untuk pengembangan dan pelatihan. Uji laboratorium yang biasanya dilakukan oleh farmasis di apotek [misalnya, tes gula darah, lemak darah, hemoglobin A_{1c} , dan International Normalization Ratio (INR)] dipertimbangkan dalam uji kelayakan CLIA. Uji kelayakan CLIA dianggap *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dan *Food and Drug Administration* (FDA) sebagai uji yang mudah dilaksanakan dengan sedikit risiko kesalahan. Saat ini, 40 uji telah disetujui untuk memperoleh sertifikat kelayakan [*Certificate of Waiver* (COW)] (*Centers for Medicare and Medicaid Services*, 2003).

Jika sebuah apotek tertarik untuk mengikuti uji kelayakan sebagai bagian dari layanannya, apotek tersebut harus

dilengkapi dengan sertifikat kelayakan (COW). Instruksi tentang bagaimana mendapatkan sertifikat tersebut dapat dilihat pada www.cms.hhs.gov/CLIA. COW harus dikirimkan pada kantor CMS setempat. CMS akan memberi nomor CLIA pada apotek yang bersangkutan dan mengirimkan kupon pembayaran. Selanjutnya, apotek melakukan pembayaran (\$150 pada tahun 2007), dan memperbarui COW setiap 2 tahun. Setelah mendapatkan nomor CLIA, apotek dapat mulai menyediakan layanan. Farmasis yang menjalani uji kelayakan harus mengikuti *good laboratory practices* yang mencakup instruksi manufaktur tentang operasional dan pemeliharaan instrumen, prosedur pelaksanaan kontrol kualitas, pendokumentasian data uji secara tepat, serta menyimpan peralatan pemantauan dan reagen dengan tepat (Rosenthal, 2000).

Selain CLIA, farmasis harus mempunyai pengetahuan tentang *Occupational Safety and Health Act* (OSHA) yang mengatur keamanan tempat kerja. Contohnya, farmasis yang melakukan uji laboratorium dengan menggunakan *finger sticks* memiliki risiko terpapar dengan patogen pada darah. Farmasis yang melakukan uji ini harus mempunyai rencana kendali paparan patogen darah (BPEPC) yang mendeskripsikan siapa yang harus dilatih untuk menangani bahan berbahaya, perhatian yang diperlukan untuk mencegah paparan dan apa yang harus dilakukan ketika terjadi kejadian paparan (Rosenthal, 2000). Informasi lebih lengkap tentang OSHA dan contoh BPEPC dapat dilihat pada website OSHA (www.osha.gov).

Protokol Manajemen Pengobatan

Komponen lain dari layanan bernilai tambah adalah manajemen pengobatan yang akan disediakan ketika informasi klinis dan data laboratorium pasien telah terkumpul. Selama pelaksanaannya, farmasis akan menilai pasien, menentukan apakah mereka telah mencapai tujuan terapi, mengidentifikasi dan mengatasi masalah terapi obat, dan mengembangkan rencana perawatan yang membantu dalam menuntun tindak lanjut dan pemantauan pasien oleh farmasis. Untuk beberapa layanan, protokol dapat dikembangkan untuk menuntun farmasis dalam pengambilan keputusan terapi (misalnya protokol klinis antikoagulan). Untuk layanan lain, jalur keputusan umum yang digunakan untuk memandu farmasis tergantung pada situasi klinis yang terjadi selama penilaian pasien (misalnya, program manajemen lemak). Protokol dapat bersifat spesifik (misalnya, penyesuaian pemberian warfarin pada target INR spesifik) atau bersifat umum tanpa rekomendasi terapi obat spesifik berdasarkan terapi pasien. Sebagai contoh, pada manajemen kasus, sebuah protokol dikembangkan untuk mendeskripsikan aktivitas klinis apa yang akan dilakukan pada pasien pada setiap kali kunjungan, tetapi farmasis diberi kewenangan dalam mengatasi masalah

terapi obat. Protokol dan jalur keputusan klinis yang dibuat seharusnya didasarkan pada bukti (*evidence-based*) dan didukung oleh pedoman nasional atau sumber pustaka primer.

Edukasi Pasien

Edukasi pasien adalah sebuah komponen untuk tiap-tiap tipe layanan bernilai tambah. Akan tetapi, kelengkapan edukasi berbeda, bergantung pada layanan yang diterapkan. Sebagai contoh, farmasis yang menerapkan skrining lemak hanya bertemu dengan pasien dalam jangka waktu singkat (selama skrining) dan memberi mereka pengetahuan mendasar dalam memahami faktor risiko terhadap kardiovaskular, hasil uji lemak puasa, dan strategi memodifikasi gaya hidup. Di sisi lain, farmasis yang menyediakan pendidikan diabetes dapat menyiapkan layanan lebih komprehensif dengan cara menentukan kebutuhan pasien akan pendidikan, menyediakan layanan pendidikan berkelanjutan untuk membantu mencapai tujuan manajemen mandiri, dan menilai apakah pasien mencapai titik akhir terapeutik. Pada kondisi ini, akan ada beberapa sesi edukasi pasien, mencakup pendokumentasian yang komprehensif. Pada kedua contoh, edukasi pasien merupakan komponen yang terdefinisi dan terintegrasi dengan baik.

Farmasis dapat menciptakan atau mengidentifikasi sumber-sumber pendidikan yang sudah ada (misalnya, brosur, leaflet, dan *flip charts*) untuk menekankan hal-hal penting. Sumber-sumber tersebut harus diseleksi keakuratan dan kelengkapannya. Selain itu, kesulitan membaca harus dapat dinilai untuk menjamin bahwa istilah-istilah yang sulit dipahami digantikan dengan bahasa yang lebih mudah dimengerti (misalnya, istilah glukosa darah diganti dengan gula darah). Pertimbangan lain adalah bahwa beberapa pasien mungkin tidak dapat membaca, terutama apabila bahasa Inggris bukanlah bahasa pengantar mereka. Oleh karena itu, tidaklah tepat apabila hanya sekadar menyerahkan bahan edukasi tanpa menilai pemahaman dan kemampuan membaca pasien terlebih dahulu. Setelah sumber edukasi dipilih, farmasis harus dapat menentukan bagaimana sumber tersebut digunakan sebagai bagian dari layanan. Selain itu, jumlah yang dibuat atau dipesan harus mencukupi permintaan pasien dan hal ini harus diinventarisasi secara periodik.

■ PENGUKURAN LUARAN

Pengukuran luaran dibahas lebih mendalam pada Bab 27, tetapi farmasis harus menentukan luaran apa yang akan dinilai untuk mengevaluasi efektivitas layanan mereka. Pengukuran ini membantu farmasis memutuskan apakah ada aspek-aspek tertentu dari layanannya yang perlu ditinjau dan diubah apabila hasil tidak tercapai. Luaran klinis adalah luaran yang

paling jelas dan paling mudah untuk dinilai, mencakup parameter-parameter seperti tekanan darah, kadar lemak, glukosa darah, hemoglobin A_{1c}, dan berat badan. Luaran klinis biasanya merupakan bagian dari kartu pasien dan sangat mudah untuk dinilai. Luaran humanistik (misalnya, kualitas hidup dikaitkan dengan kesehatan dan kepuasan pasien) dapat diperoleh dari survei yang menjadi bagian dari pemberian layanan. Apabila survei semacam itu menjadi komponen dalam layanan, selanjutnya harus ditentukan seberapa sering pasien melengkapi survei dan bagaimana data dapat disimpan atau digunakan. Luaran ekonomi memerlukan data lain yang tidak selalu dikumpulkan oleh farmasis, seperti data rawat inap, kunjungan unit gawat darurat atau kunjungan ke dokter. Apabila luaran ekonomi merupakan perhatian farmasis, selanjutnya alat pengumpulan data dapat dibuat apabila data tersebut dibutuhkan secara rutin. Pengetahuan pasien juga mungkin menjadi perhatian farmasis yang menyediakan layanan edukasi komprehensif. Hasil ini dapat digunakan sebelum dan setelah uji penilaian pengetahuan.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO: PENGEMBANGAN LAYANAN APOTEK CARE-RITE

Pengumpulan Data

Setelah melakukan analisis SWOT dan penelitian pasar, Carol dan farmasis lain di Apotek Care-Rite memutuskan untuk mengembangkan layanan pemeriksaan kesehatan di apotek (MTM). Salah satu farmasis secara sukarela membuat prototipe kartu pasien yang akan digunakan oleh para farmasis untuk mendokumentasikan aktivitas mereka. Kartu pasien terdiri dari beberapa lembar, meliputi lembar riwayat pasien berisi informasi demografi (lihat Gambar 25-2), lembar riwayat medis dan pengobatan (lihat Gambar 25-3 dan 25-4), dan otorisasi untuk memberikan informasi medis yang ditandatangani oleh pasien (lihat Gambar 25-5). Selain itu, lembar komunikasi dibuat untuk mengirimkan informasi klinis dan rekomendasi farmasis untuk dokter (Gambar 25-6). Beberapa lembar untuk tiap-tiap pasien akan disimpan pada berkas terpisah dalam lemari yang terletak di bagian perawatan pasien di apotek. Salah satu farmasis bertanggung jawab menjamin kecukupan jumlah lembar yang tersedia. Kartu yang telah dilengkapi akan disimpan dalam sebuah lemari, disusun berdasarkan urutan abjad sesuai dengan nama pasien.

Layanan Tes Laboratorium/Pemantauan di Apotek

Para farmasis di Apotek Care-Rite memutuskan untuk membeli *Cholestech LDX* pengukur profil lemak pasien. Mereka sadar bahwa terdapat sejumlah penderita penyakit kardiovaskular

Apotek Care-Rite	
Lembar Komunikasi Dokter	
Dokter: _____	Fax: _____
<input type="checkbox"/> Awal <input type="checkbox"/> Tindak lanjut <input type="checkbox"/> Masalah baru <input type="checkbox"/> Pencegahan <input type="checkbox"/> Lain-lain	
Nama Pasien: _____	
Tanggal Lahir: _____	Jenis Kelamin: _____
Farmasis: _____	Tanggal: _____
Temuan subjektif:	
Temuan objektif:	
Penilaian:	
Rencana:	
Penilaian tindak lanjut yang direkomendasikan oleh farmasis <input type="checkbox"/> 4 minggu <input type="checkbox"/> 6 minggu <input type="checkbox"/> 6 bulan <input type="checkbox"/> Lain-lain	
Tanda tangan farmasis _____	
Dokter: _____ Tanggal: _____	
<input type="checkbox"/> Saya menyetujui rekomendasi tersebut <input type="checkbox"/> Mengajukan modifikasi rencana	
Tindak lanjut oleh farmasis: <input type="checkbox"/> Sebagaimana direkomendasikan <input type="checkbox"/> Lain-lain _____	
Tanda tangan dokter _____	

Gambar 25-6. Lembar komunikasi dokter.

yang akan menjadi target layanan pemeriksaan kesehatan. Dengan membeli Cholestech LDX, mereka dapat menilai profil lemak dan kadar glukosa pasien yang bersedia membayar layanan mereka. Sistem itu dipilih karena kemudahan penggunaan, kecepatan perolehan hasil, dan keluasaan rentang uji (misalnya profil lemak, glukosa dan ALT). Profil lemak Cholestech LDX diakui dalam uji kelayakan CLIA. Selain itu, farmasis mengirimkan aplikasi lengkap dari COW, membayar biaya tahunan, dan memperoleh nomor CLIA. Semua farmasis dilatih tentang bagaimana bekerja dengan *finger sticks*, prosedur yang tepat tentang bagaimana meminimalkan paparan patogen pada darah dan ketepatan membuang alat-alat habis pakai. Tiap-tiap farmasis diminta melakukan uji di hadapan farmasis lain untuk melihat kompetensi mereka dalam menggunakan alat tersebut. Akhirnya, dibuat lembar penilaian risiko kardiovaskular. Hasil dari uji tersebut ditambahkan dalam lembar tersebut dan ditinjau bersama dengan pasien selama jangka waktu uji 5 menit (lihat Tabel 25-1).

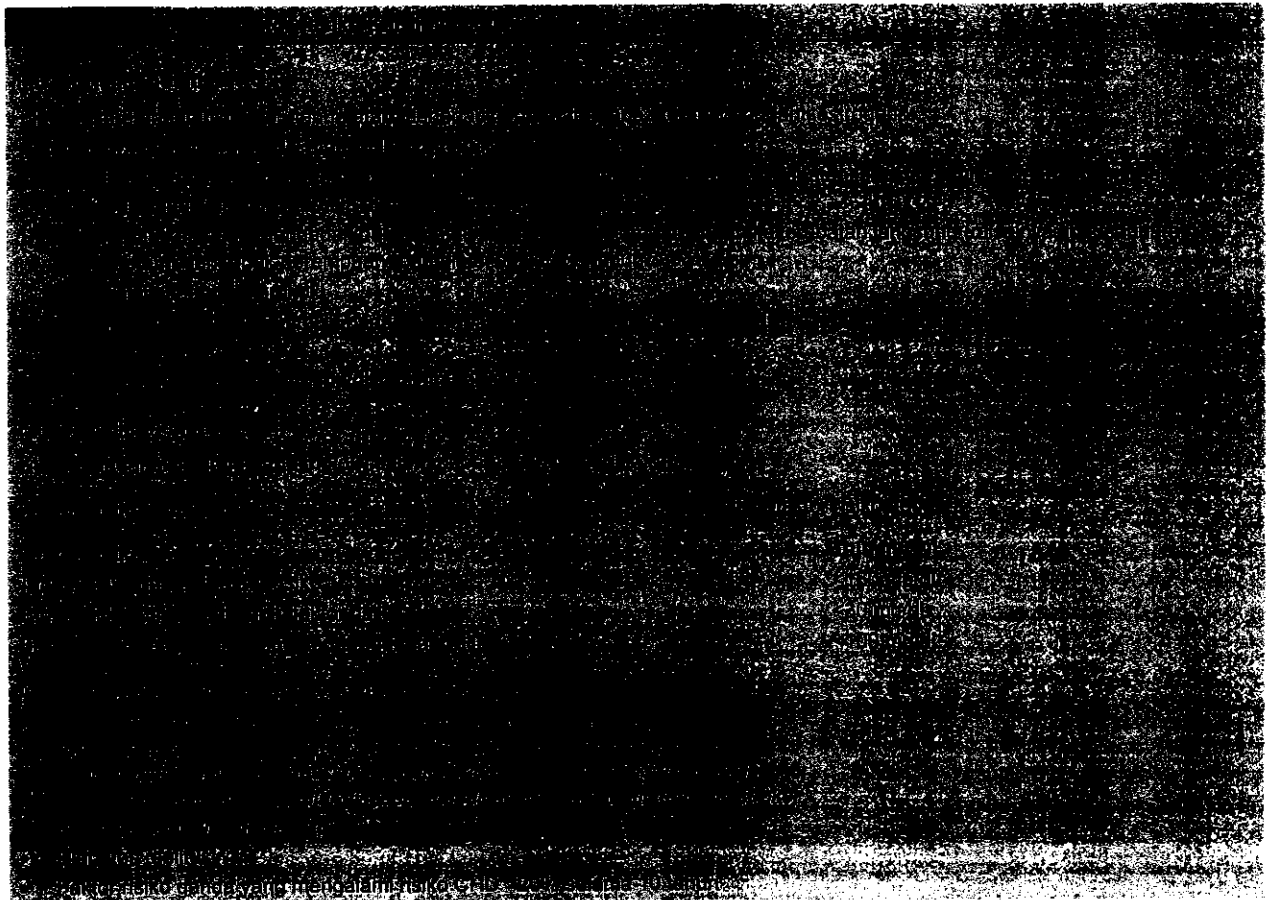
Protokol Manajemen Pengobatan

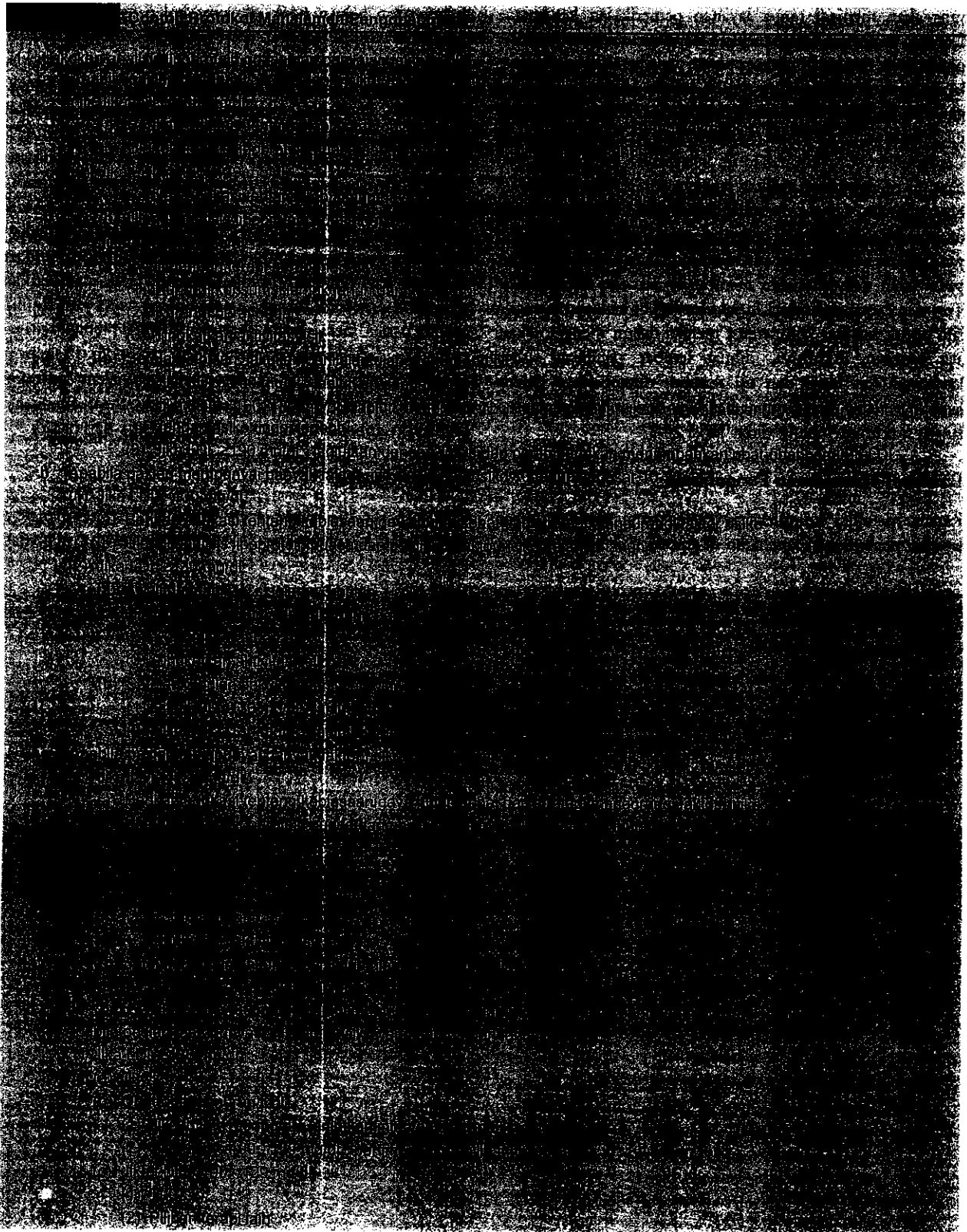
Karena memiliki kompleksitas pasien yang menjadi target layanan pemeriksaan kesehatan di Apotek Care-Rite, mereka

menentukan bahwa tidak ada protokol tunggal yang dapat digunakan untuk menilai dan mengelola seorang pasien. Pasien yang mempunyai penyakit kardiovaskular memerlukan modifikasi gaya hidup dan/atau terapi menurunkan lemak. Meskipun demikian, mereka mengembangkan protokol umum dengan menggunakan data berdasarkan pedoman ATP III (lihat Tabel 25-2). Protokol tersebut memberikan keputusan klinis untuk menentukan strategi penanganan yang bergantung pada kadar LDL pasien dan faktor-faktor risikonya. Untuk membantu menilai pasien mereka, para farmasis menggunakan lembar penilaian risiko kardiovaskular. Meskipun memberikan tuntunan bagi farmasis, protokol tersebut tidak memberikan rekomendasi spesifik mengenai pengobatan mana yang dipilih apabila pasien memerlukan obat-obat penurun lemak sebagai tambahan dari perubahan gaya hidup terapeutic (*therapeutic lifestyle changes, TLCs*). Dengan menggunakan protokol ini, para farmasis masih mempunyai kewenangan mengenai pilihan pengobatan berdasarkan faktor spesifik dari pasien.

Edukasi Pasien

Para farmasis di Apotek Care-Rite juga mengembangkan media edukasi pasien untuk digunakan selama penilaian





(berlanjut)

Contoh Protokol Manajemen Pengobatan (lanjutan)(d) Jika LDL \leq 100 mg/dL

(1) TLOs

(2) Kendalikan faktor risiko lain

pasien dan komponen edukasi pasien pada layanan pemeriksaan kesehatan di apotek. Karena kebanyakan dari pasien yang menjadi target mempunyai kondisi medis yang serupa, bahan edukasi dikembangkan untuk penyakit tertentu, termasuk hipertensi, penyakit jantung iskemik, diabetes, asma, penyakit paru obstruktif kronis (*chronic obstructive pulmonary disease*, COPD), dan lain-lain. Selain itu, bahan edukasi juga dikembangkan untuk obat-obat pada kelas terapi tertentu. Para farmasis di Apotek Care-Rite juga melihat bahwa banyak pasien memerlukan bahan pendidikan yang bersifat individual sehingga mereka dapat menerapkan pendidikan/informasi obat sebagai bagian dari layanan MTM. Dengan layanan semacam ini, pasien dapat mengajukan pertanyaan mengenai kondisi medis dan/atau terapi obat mereka. Para farmasis selanjutnya meneliti dan menyediakan respons tertulis untuk tiap-tiap pasien.

Pengukuran Luaran

Pengukuran luaran yang menjadi perhatian utama para farmasis di Apotek Care-Rite adalah luaran klinis, pengetahuan pasien, dan kepuasan pasien. Selain itu, para farmasis tertarik untuk memonitor respons dokter terhadap rekomendasi klinis mereka. Informasi yang dikumpulkan akan disimpan pada kartu pasien. Basis data elektronik dibuat untuk menyimpan dan menggabungkan hasilnya. Salah satu farmasis bertanggung jawab secara rutin untuk memasukkan data. Informasi yang dikumpulkan tersebut akan digunakan untuk mengidentifikasi hal-hal yang perlu diperbaiki, untuk memasarkan program pada penyedia layanan lain, dan untuk menjamin pembayaran dari pihak pembayar.

■ KEBIJAKAN DAN PROSEDUR

Untuk membantu memberikan pendekatan terorganisasi dalam pemberian layanan, pedoman kebijakan dan prosedur harus dibuat untuk menuntun staf apotek selama penerapan program. Pedoman kebijakan dan prosedur merupakan peta perjalanan layanan yang komprehensif, memberikan informasi mengenai tujuan dari layanan, pasien yang memenuhi syarat mengikuti program, bagaimana pasien dievaluasi, apa yang terjadi pada setiap kunjungan klinis, dan pendokumentasian yang dilakukan. Selain itu, seluruh salinan lembar data, media edukasi pasien, penilaian pasien, dan protokol disertakan dalam pedoman. Pedoman kebijakan dan prosedur adalah

dokumen dinamis yang harus diperbarui dan diubah ketika informasi baru diperoleh atau setelah adanya modifikasi program.

Dokumen kebijakan dan prosedur harus disimpan di dalam apotek, digunakan sebagai alat bantu pelatihan untuk para farmasis dan staf lain, serta sebagai rujukan apabila diperlukan selama proses perawatan pasien. Informasi yang ada dalam pedoman harus mudah diakses, memuat daftar isi, bagian-bagian, dan lampiran berisi lembar formulir yang akan menjadi bagian dari program. Selain itu, pedoman medis yang telah diterbitkan dan artikel penting dari sumber literatur primer harus disertakan dalam pedoman tersebut.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO:
**KEBIJAKAN DAN PROSEDUR LAYANAN
PEMERIKSAAN KESEHATAN APOTEK
CARE-RITE**

Para farmasis di apotek Care-Rite membuat dokumen kebijakan dan prosedur yang komprehensif untuk Layanan Pemeriksaan Kesehatan Apotek. Mereka menentukan bahwa tujuan program mereka adalah untuk:

- Mengelola terapi obat pasien berisiko tinggi. Kriteria yang dipilih untuk menentukan target populasi untuk pasien tersebut adalah pasien yang menggunakan empat atau lebih obat oral kronis dan memiliki setidaknya satu kondisi medis kronis.
- Menilai pasien dalam hal masalah terapi obat.
- Mengatasi masalah terapi obat lewat kerjasama dengan pasien, dokter, dan penulis resep lain.
- Memberikan edukasi yang komprehensif dan berkelanjutan untuk pasien dan/atau anggota keluarga tentang masalah terapi obat yang biasa terjadi, tujuan terapi, dan pentingnya menjadi pasien yang memperoleh informasi mengenai perawatan kesehatan mereka sendiri.

Selanjutnya, mereka mengembangkan kebijakan untuk program tersebut. Kebijakannya berisi informasi mengenai evaluasi terhadap pasien. Evaluasi awal akan terjadi setelah pasien mendaftar dalam Layanan Pemeriksaan Kesehatan Apotek baik dari rujukan dokter atau atas permintaan sendiri. Selanjutnya dibuat bagan pasien yang berisi informasi demografis serta riwayat medis dan pengobatan pasien. Pasien

akan menandatangani lembar otorisasi untuk memberikan informasi medis dan kontrak klinis yang menggarisbawahi tanggung jawab pasien dalam program tersebut. Untuk dapat tergabung dalam program, pasien harus memenuhi kriteria. Pasien harus bersedia menghadiri pertemuan klinis, harus bersedia mengikuti pertemuan lanjutan yang sudah terjadwal di apotek, serta harus mempunyai kapasitas untuk memahami kondisi kesehatan mereka dan implikasi terapinya. Selain itu, pasien harus bersedia berpartisipasi aktif dalam memelihara kesehatan mereka.

Telah diputuskan bahwa akan ada kunjungan awal dan kunjungan lanjutan sebanyak 1-3 kali di dalam periode 12 bulan. Seluruh sesi pertemuan akan mencakup tinjauan komprehensif mengenai pengobatan, tanda-tanda vital dan hasil laboratorium (apabila diperlukan), edukasi pasien (apabila diperlukan), serta komunikasi dengan dokter.

Kunjungan awal berlangsung selama 45-60 menit, sedangkan setiap kunjungan lanjutan berlangsung sekitar 20-30 menit. Kunjungan lanjutan terjadi dengan interval 3 bulan tergantung pada kondisi klinis pasien. Pada tiap kali kunjungan, farmasis menilai informasi berikut ini:

- Tanda-tanda vital pasien
- Pertimbangan diet
- Hasil laboratorium
- Riwayat keluarga
- Riwayat pengobatan
- Aktivitas umum
- Riwayat sosial, termasuk penggunaan alkohol dan kebiasaan merokok
- Gangguan kesehatan
- Kepatuhan terhadap terapi
- Tanda-tanda dan gejala-gejala intoleransi terhadap obat

Apabila diperlukan, perubahan terhadap pengobatan dan/atau dosis obat akan dibuat berdasarkan penilaian farmasis. Selanjutnya, pasien akan diberikan konseling sesuai dengan perubahan tersebut. Lembar komunikasi dengan dokter akan digunakan untuk menyampaikan rekomendasi klinis mengenai terapi obat. Selain itu, edukasi pasien akan diperkuat dan didokumentasikan. Pasien akan diinstruksikan tentang kapan harus kembali ke klinis dan rujukan ke dokter akan diberikan apabila diperlukan. Rujukan didasarkan pada kepatuhan pasien terhadap terapi atau kondisi dan penolakan pasien terhadap terapi.

Pendokumentasian akan dibuat berupa bagan pasien. Informasi pasien subyektif dan data laboratorium yang objektif disimpan dalam bagan. Penilaian terhadap pasien selama kunjungan klinis didokumentasikan pada catatan kemajuan apotek yang terdapat dalam bagan. Diterimanya rekomendasi farmasis oleh dokter akan membuat terjadinya perubahan dan hal ini akan didokumentasikan pula

pada rekam pasien. Akhirnya, luaran pasien (yaitu klinis, pengetahuan, dan kepuasan) akan didokumentasikan pada catatan pasien.

Komponen lain dari pedoman kebijakan dan prosedur meliputi protokol manajemen pengobatan dan instruksi mendetail mengenai penggunaan alat analisis Cholestech LDX. Lampiran dari pedoman kebijakan dan prosedur berisi lembar formulir dan alat edukasi pasien yang digunakan dalam program tersebut.

■ PELATIHAN FARMASIS

Pendidikan dan pelatihan terhadap staf apotek sebelum penerapan layanan apotek sangatlah penting untuk mencapai keberhasilan. Farmasis seharusnya memiliki kecakapan dalam hal memberikan layanan sebelum awal layanan dilakukan. Waktu yang dibutuhkan untuk melatih staf apotek bergantung pada kompleksitas layanan dan pengalaman dari staf. Para farmasis tidak hanya perlu mempunyai pengetahuan mengenai layanan terkait, tetapi mereka juga harus memiliki keterampilan praktik yang diperlukan selama memberikan beberapa layanan (misalnya, memberikan suntikan flu atau menyelesaikan panel lemak). Oleh karena itu, mereka harus mempunyai pengalaman praktik yang cukup dan menunjukkan kompetensi sebelum bekerja dengan pasien yang sebenarnya. Untuk membantu memberikan gambaran bagaimana pendidikan dan pelatihan akan terjadi, persiapan yang dilakukan oleh para farmasis di Apotek Care-Rite untuk Layanan Pemeriksaan Kesehatan Apotek dibahas berikut ini.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO:

PELATIHAN FARMASIS UNTUK

LAYANAN PEMERIKSAAN KESEHATAN

APOTEK CARE-RITE

Apotek Care-Rite mengembangkan program pendidikan/pelatihan komprehensif kepada farmasis untuk layanan pemeriksaan kesehatan mereka. Program pendidikan ini memiliki banyak komponen dan aktivitas agar farmasis mampu menunjukkan pengetahuan atau kemampuan mereka sebelum siap menerapkannya. Pada mulanya, ditentukan bahwa pengetahuan umum tentang asuhan kefarmasian, jenis serta kategori masalah terapi obat, dan bagaimana melaksanakan penilaian terhadap pasien harus menjadi dasar seluruh edukasi tersebut. Untuk memperbaiki pengetahuan farmasis tentang topik tersebut, farmasis diminta membaca beberapa artikel mengenai asuhan kefarmasian dari sumber literatur primer, tinjauan umum tentang penilaian pengobatan pasien dari buku-buku teks terapeutik dan artikel tentang bagaimana berkomunikasi dengan dokter dan penulis resep

lain. Sumber bacaan tersebut telah terstandarisasi sehingga para farmasis dapat mempelajari materi yang sama. Mereka mendapatkan kesempatan mempelajari materi selama 4 minggu dan juga diberikan 10 kasus pasien terstandarisasi untuk mendemonstrasikan pengetahuan mereka. Pada akhir minggu keempat, dilakukan peninjauan selama 3 jam terhadap materi dan kasus sehingga para farmasis dapat mendiskusikan kasus mereka dan mengajukan pertanyaan berkenaan dengan materi tersebut.

Carol telah mempekerjakan farmasis klinis setempat yang memiliki keahlian dalam perawatan pasien rawat jalan serta sebagai konsultan yang mendampingi pendidikan dan ketrampilan farmasis. Konsultan klinis tersebut memfasilitasi diskusi kasus. Farmasis diperlukan dalam pengembangan kasus-kasus untuk menilai dan memodifikasi kebiasaan diet dan tingkat aktivitas pasien. Selain itu, mereka diminta mengidentifikasi dan mengembangkan rencana penyelesaian masalah terapi obat. Mereka berlatih menulis rekomendasi terhadap dokter pada lembar komunikasi dengan dokter.

Komponen selanjutnya dari edukasi farmasis adalah mengenai kemampuan mereka menggunakan *finger stick* dan mengukur kadar lemak. Pertama-tama, para farmasis menyaksikan video yang disiapkan oleh Cholestech yang mendemonstrasikan kedua aktivitas tersebut. Komponen pelatihan juga mencakup informasi mengenai CLIA, pentingnya teknik yang baik ketika melakukan sebuah uji, persyaratan OSHA, dan diskusi tentang penurunan paparan terhadap patogen pada darah. Para farmasis diberi cukup waktu untuk berlatih menggunakan alat analisis Cholestech LDX. Selanjutnya, setelah pelatihan berakhir, dilakukan penilaian terhadap kemampuan farmasis dalam melakukan uji. Daftar persyaratan aktivitas yang perlu dilengkapi selama pengukuran kadar lemak digunakan sebagai kriteria penentu. Saat farmasis mampu melakukan uji tersebut, keahlian mereka dalam menggunakan alat analisis Cholestech LDX didokumentasikan dan disimpan dalam arsip pribadi mereka.

■ MENGELOLA BAURAN PEMASARAN

Setelah layanan siap untuk diterapkan, aktivitas selanjutnya adalah perekrutan pasien agar mengikuti program. Hal ini memerlukan pengetahuan dasar tentang prinsip pemasaran yang dibahas pada Bab 20 dan 21. Bauran pemasaran ini dikenal sebagai delapan P pemasaran: *product* (produk), *place* (tempat), *price* (harga), *promotion* (promosi), *process management* (proses manajemen), *personnel* (personalia), *physical facilities* (fasilitas fisik) dan *productivity* (produktivitas). Keberhasilan penerapan layanan bernilai tambah memerlukan farmasis mengelola bauran pemasaran. Dibawah ini adalah gambaran tentang bagaimana Apotek Care-Rite mengelola pemasaran.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO: MEMASARKAN LAYANAN PEMERIKSAAN KESEHATAN APOTEK CARE-RITE

Produk yang dipasarkan oleh Apotek Care-Rite adalah layanan pemeriksaan kesehatan. Sebagaimana telah dibahas dalam bab ini, banyak perhatian diberikan pada pengembangan tiap-tiap komponen pelayanan dan perencanaan penerapannya sehingga dianggap sebagai layanan berkualitas oleh pasien dan penyedia layanan lainnya. Selain itu, para farmasis memperbarui pengetahuan mereka mengenai asuhan kefarmasian dan penilaian pengobatan serta mengembangkan kemampuan untuk mengukur kadar lemak pasien. Mereka berharap dianggap sebagai staf yang memiliki kemampuan dan kompetensi dalam memberikan layanan. Akhirnya, protokol, kebijakan dan prosedur, serta lembar terstandar dibuat untuk menjamin konsistensi pemberian layanan kepada penyedia layanan lain.

Variabel bauran pemasaran berikutnya yang perlu dipertimbangkan adalah tempat dan fasilitas fisik. Apotek Care-Rite akan memberikan layanan pemeriksaan kesehatan di apotek. Oleh karena itu, staf apotek perlu mempertimbangkan privasi pasien dan ruang untuk menyediakan layanan tersebut. Dalam tahap persiapan, Carol melakukan beberapa kali penataan ulang pada apotek. Dia menyiapkan dua ruang semiprivat. Salah satu ruang dirancang sebagai ruang dilaksanakannya tes kadar lemak. Alat analisis Cholestech LDX dan perlengkapannya diletakkan di ruang tersebut. Selain itu, pedoman CLIA dan OSHA disimpan di sana juga. Ruang perawatan pasien kedua disiapkan apabila terdapat beberapa pertemuan di saat yang bersamaan. Kedua ruangan tersebut memiliki meja kecil, tiga buah kursi, dan sebuah komputer sebagai peralatan standar. Biaya adalah variabel bauran pemasaran ketiga. Carol dan staf apotek menyediakan waktu yang cukup untuk mendiskusikan biaya untuk layanan mereka. Mereka memperkirakan lamanya setiap pertemuan, memperkirakan biaya untuk menyediakan layanan, meneliti biaya setiap kunjungan yang dilakukan oleh penyedia layanan lain, dan menentukan tingkat keuntungan yang diperlukan untuk mengembangkan struktur pembiayaan untuk layanan mereka. Meskipun tidak ada apotek lain yang menyediakan layanan sejenis, Carol memutuskan agar biaya layanannya bersifat kompetitif dengan layanan serupa yang ditawarkan oleh dokter. Struktur pembiayaan atas layanan tersebut antara lain sebagai berikut:

- Kunjungan awal: US\$75
- Kunjungan lanjutan: US\$40 pada tiap-tiap kunjungan
- Kadar lemak puasa: US\$50

Para farmasis akan memonitor respons pasien terhadap biaya-biaya tersebut dan profitabilitasnya sebelum membuat penyesuaian.

Komponen bauran pemasaran selanjutnya adalah promosi. Apotek Care-Rite telah memilih beberapa strategi promosi untuk memasarkan layanan mereka. Selain itu, Carol telah membuat anggaran pemasaran untuk praktik. Para farmasis akan mengumumkan rilis berita layanan baru tersebut pada surat kabar setempat. Selanjutnya, mereka memutuskan untuk mengiklankannya sebanyak dua kali dalam sebulan. Mereka memilih untuk mengiklankan pada hari Minggu dan Senin. Hari Minggu dipilih karena banyaknya pembaca surat kabar pada hari itu, sedangkan Senin dipilih karena pada hari itu surat kabar tersebut mempunyai ulasan khusus tentang masalah kesehatan. Selain itu, mereka membeli jam tayang pada televisi setempat untuk mempromosikan layanan tersebut. Mereka memilih saluran televisi yang memiliki penonton sesuai dengan target pasar mereka (yaitu, perempuan berusia lebih dari 50 tahun). Mereka menempatkan sebuah iklan tentang program mereka di majalah perempuan setempat, dan mereka membuat iklan baru tentang apotek mereka pada buku petunjuk telepon lokal.

Salah satu farmasis mulai menghubungi para dokter sehingga mereka dapat mempromosikan layanan itu secara langsung. Farmasis tersebut menemui beberapa perwakilan perusahaan farmasi setempat untuk mendapatkan informasi mengenai dokter mana yang diidentifikasi sebagai target utama upaya promosi. Selain itu, apotek membuat surat kabar untuk dokter berjudul "Progress Notes" yang akan dikirimkan setiap bulan untuk para dokter. Format surat kabar itu mencakup bagian tentang berita terbaru tentang produk obat baru, pesan klinis, dan pesan terbaru tentang Apotek Care-Rite. Berita pertama berisi tentang layanan pemeriksaan kesehatan tersebut.

Papan pengumuman yang dipampang di apotek serta dan brosur pasien dibuat untuk memasarkan program tersebut pada pasien apotek saat ini. Farmasis diinstruksikan untuk memasarkan program tersebut pada pasien yang mereka layani dan menerima empat atau lebih obat oral kronis. Daftar milis diciptakan dari sistem komputer apotek untuk pasien yang mendapat empat atau lebih obat oral kronis. Sebuah brosur yang mendeskripsikan program tersebut dikirimkan untuk tiap-tiap pasien tersebut. Selain itu, pada tas belanja dan bukti rekening bulanan pasien dibubuhi informasi tentang program baru tersebut.

Manajemen proses, variabel bauran pemasaran selanjutnya, merujuk pada bagaimana Apotek Care-Rite meleburkan layanan pemeriksaan kesehatan tersebut dengan praktik yang sudah ada. Keputusan alur kerja dibuat sesuai dengan alur pelayanan pasien. Diputuskan bahwa layanan hanya dilakukan berdasarkan perjanjian untuk meminimalkan

gangguan terhadap praktik yang lain. Jadwal farmasis dibuat sehingga satu farmasis bertanggung jawab pada pelayanan klinis, sedangkan farmasis lain menangani bidang lain.

Variabel bauran pemasaran terakhir yang perlu dipenuhi adalah penempatan petugas. Para farmasis dan staf apotek dilatih dan dinilai untuk menjamin bahwa mereka memiliki pengetahuan dan keahlian memadai tentang segala aspek manajemen farmakoterapi. Selain itu, para farmasis perlu mengambil tanggung jawab atas keberhasilan atau kegagalan program tersebut. Hal ini berarti bahwa mereka harus mengidentifikasi calon pasien untuk program manajemen lemak, menggunakan berbagai strategi promosi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan program tersebut, serta menjamin bahwa mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan perawatan berkualitas pada pasien. Carol merubah format evaluasi tahunan untuk para farmasis untuk memasukkan tinjauan peran mereka dalam layanan pemeriksaan kesehatan. Sebagai imbalan atas usaha mereka, Carol bersedia mengganti biaya pendidikan berkelanjutan tiap tahun dan kehadiran mereka pada pertemuan farmasi nasional pilihan mereka.

■ PEMANTAUAN BERKELANJUTAN TERHADAP LAYANAN BERNILAI TAMBAH

Setelah layanan diimplementasikan, beberapa strategi ditetapkan untuk melakukan pemantauan berkelanjutan untuk menjamin kualitas dan keberhasilan program. Perlu dipertimbangkan jadwal pertemuan staf secara rutin, terutama selama tahap penerapan awal. Pertemuan tersebut harus digunakan untuk mendiskusikan jumlah pasien yang telah tergabung, penerimaan pasien dan dokter atas layanan mereka, umpan balik yang telah diterima, dan hal-hal yang perlu diperbaiki. Staf dapat memberikan umpan balik tentang bagaimana mereka memandang efektivitas program dan bagaimana program dapat diperbaiki. Pertemuan tersebut dapat digunakan sebagai tawaran pendidikan agar mereka selalu memperbarui pengetahuan terapeutic mereka. Hal ini penting untuk membatasi waktu pertemuan sehingga meminimalkan gangguan pada praktik.

Strategi lain untuk menjamin kualitas program adalah dengan memonitor luaran layanan yang menjadi perhatian dari praktik itu sendiri. Salah satu tujuan penerapan layanan adalah untuk menciptakan bisnis baru yang memberikan keuntungan pada apotek. Tujuan tersebut haruslah realistis dan menantang untuk menjamin viabilitas ekonomis dalam praktik. Para farmasis harus selalu bertanggung jawab atas usaha mereka mencapai tujuan praktik. Luaran layanan yang dapat menjadi minat staf apotek adalah jumlah pasien yang tergabung, pendapatan yang diperoleh dari layanan, jumlah rujukan

dari dokter, dan keuntungan layanan (pendapatan dikurangi pengeluaran). Apabila tidak memberikan keuntungan, layanan perlu dihapuskan atau diubah (dengan meningkatkan biaya atau memperbaiki efisiensi pemberian layanan).

Strategi tambahan untuk perbaikan kualitas berkelanjutan adalah dengan meminta umpan balik dari pasien yang telah menyelesaikan program serta dokter yang memberikan rujukan terhadap pasien untuk datang ke apotek. Umpan balik tersebut dapat sesederhana seperti satu halaman kuesioner pertanyaan terbuka untuk menyediakan komentar yang lebih kualitatif mengenai layanan tersebut. Informasi yang dikumpulkan dari survei dan/atau kuesioner dapat digunakan untuk memperbaiki persepsi pasien dan dokter terhadap layanan tersebut. Lebih jauh lagi, permintaan umpan balik itu memberi kesan bahwa praktik tersebut bersifat proaktif dalam memenuhi kebutuhan pasien dan penyedia layanan lain.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO: STRATEGI PERBAIKAN KUALITAS APOTEK CARE-RITE

Carol memutuskan untuk menjadwalkan pertemuan dengan staf apotek dua kali dalam sebulan pada hari Selasa kedua dan Kamis keempat setiap bulan. Kedua hari tersebut dipilih untuk memastikan bahwa semua staf mempunyai kesempatan menghadiri pertemuan setidaknya satu kali setiap bulannya. Pertemuan terjadwal pukul 11 siang karena biasanya pada jam itu apotek tidak terlalu sibuk. Batas waktu pertemuan adalah 1 jam. Format pertemuan tersebut antara lain:

- Meninjau luaran layanan (yaitu, pendaftaran pasien, pendapatan, dan rujukan dokter): 5 menit
- Diskusi farmasis tentang perbaikan program: 15–20 menit
- Meninjau umpan balik dari pasien dan/atau dokter: 5–10 menit
- Masalah lain: 5–10 menit
- Pemutakhiran informasi terapan untuk farmasis: 20–25 menit

Carol mengecek luaran layanan setiap saat dan mendokumentasikan aktivitas farmasis untuk menjamin keberhasilan penerapan program. Dia menginformasikan pada staf tentang perubahan dalam evaluasi tahunan mereka dan memasukkan tinjauan terhadap peran mereka dalam program. Selain itu, dia mengembangkan survei kepuasan pasien untuk pasien yang telah menyelesaikan program. Satu lembar kuesioner untuk dokter dibuat dan dikirimkan pada dokter yang memiliki pasien yang terdaftar dalam layanan tersebut.

■ PERJANJIAN PRAKTIK KOLABORATIF

Perjanjian praktik kolaboratif (*Collaborative Practice Agreement*, CPA) adalah strategi yang dapat digunakan farmasis untuk mengintegrasikan layanan bernilai tambah mereka dengan dokter (Ferro, 1998). CPA digunakan untuk memformalkan hubungan antar penyedia layanan. Mereka menguraikan tanggung jawab pada tiap-tiap penyedia layanan dan penerimaan satu sama lain terhadap kesepakatan protokol manajemen terapi obat. Meskipun CPA adalah aspek penting dalam penerapan layanan, CPA menuntut farmasis untuk membangun hubungan kerja dengan dokter. Pengembangan hubungan kerja kolaboratif (*collaborative working relationship*, CWR) antar penyedia layanan adalah sebuah proses yang terdiri dari 4 tahap, dengan tahap terakhir pada umumnya menunjukkan saat dokter dengan sukarela menandatangani CPA (McDonough dan Doucette, 2001).

Meskipun dokter dan farmasis saling kenal satu sama lain dalam komunitas tertentu, mereka mungkin tidak melakukan kerja sama dan hanya mungkin berkomunikasi selama jangka waktu perawatan yang berbeda (tahap 0: kesadaran profesional). Farmasis yang tertarik mengembangkan layanan yang membutuhkan berbagainya informasi tentang pasien dan menjalin komunikasi rutin dengan dokter dan penyedia layanan lain perlu meningkatkan interaksi dengan penyedia layanan lain itu. Sebagai contoh, pemilik Apotek Care-Rite dapat menemui dokter setempat dan mendiskusikan rencananya untuk memulai pelayanan MTM. Selama pertemuan tersebut, dia dapat memberikan rencana protokol dan lembar komunikasi serta meminta masukan mereka. Dengan meningkatkan komunikasi dan interaksi tatap muka, dia bergerak pada tahap hubungan kerjasama selanjutnya (tahap 1: pengakuan profesional).

Pada tahap pengakuan profesional, para dokter tidak hanya sadar tentang keberadaan apotek, tetapi juga mengakui bahwa ada sesuatu yang berbeda dalam praktik di apotek itu. Karena tidak semua apotek memberikan layanan MTM, Carol telah membuat dirinya dan praktiknya berbeda dari apotek lain di daerahnya. Meskipun pencapaian tahap 1 penting di awal hubungan kerja dengan penyedia layanan, tidak banyak informasi yang dibagi bersama. Oleh karena itu, para farmasis perlu mengembangkan hubungan profesional yang lebih dekat dan lebih kuat dengan penyedia layanan lain. Pada kasus Carol, dia meminta dan menerima masukan dari sekelompok dokter sesuai dengan protokolnya. Para dokter tersebut, meskipun pada awalnya skeptis terhadap layanan baru tersebut, percaya bahwa beberapa pasien memperoleh manfaat dari edukasi di apotek mengenai faktor risiko, pengobatan, dan modifikasi gaya hidup. Oleh karena itu, mereka setuju untuk merujuk satu atau dua orang pasien agar mengikuti program Pemeriksaan Kesehatan Apotek Care-Rite (tahap 2: eksplorasi dan uji coba).

Manajemen oleh para farmasis Apotek Care-Rite

1. Para farmasis di Apotek Care-Rite akan melengkapi permintaan tes laboratorium dan mengoordinasikan pelaksanaan *finger-stick* agar sesuai dengan jadwal pasien.
2. Kadar lemak puasa pasien, faktor risiko kardiovaskular, serta kebiasaan diet dan olahraga akan dinilai.
3. Para farmasis di Apotek Care-Rite akan mengikuti protokol yang disetujui satu sama lain dengan dokter untuk mengelola terapi lemak pasien.
4. Para farmasis di Apotek Care-Rite akan mengomunikasikan penilaian dan rekomendasi mereka kepada para dokter melalui fax.
5. Para dokter akan mengkomunikasikan respon mereka terhadap rekomendasi farmasis melalui fax dalam 24 jam.
6. Apabila dokter menyetujui rekomendasi tersebut, tanda tangan mereka diikuti dengan resep baru dan para farmasis akan melayani resep tersebut.
7. Para farmasis akan menjadwalkan kunjungan lanjutan pasien pada waktu yang sesuai dalam pedoman kebijakan dan prosedur.
8. Selanjutnya, para dokter bertanggung jawab untuk perawatan pasien dan pasien dapat menghentikan keterlibatan mereka dalam program tersebut sewaktu-waktu.

Tanda Tangan Dokter	Tanggal
Tanda Tangan Farmasis	Tanggal

Gambar 25-7 Perjanjian praktik kolaboratif untuk Program Pemeriksaan Kesehatan Apotek.

Tahap eksplorasi dan uji coba adalah salah satu tahap saat para dokter siap menguji sebuah layanan. Staf apotek sangat diharapkan dapat melaksanakannya dengan kualitas terbaik karena para dokter akan memonitor kemajuan pasien mereka lebih ketat. Melanjutkan skenario pada bab ini, staf Carol sangat siap untuk menyediakan layanan berkualitas baik untuk dua orang pasien yang dirujuk untuk mengikuti program tersebut. Mereka melayani pasien, melaksanakan manajemen pengobatan, menyediakan edukasi pasien, dan mengkomunikasikan kembali kepada dokter setelah kunjungan tiap-tiap pasien. Setelah pasien melengkapi beberapa pertemuan dengan farmasis, Carol menemui dokter untuk memperoleh masukan mengenai program tersebut. Dokter memberikan masukan positif dan merekomendasi agar farmasis memperbaiki program serta mengintegrasikan alur komunikasi ke dalam program. Para dokter setuju untuk merujuk lebih banyak pasien untuk mengikuti pemeriksaan kesehatan (tahap 3: perluasan hubungan profesional).

Apabila para dokter dan penyedia layanan lain puas dengan kualitas dan efisiensi layanan apotek, mereka mungkin akan bersedia menambah jumlah rujukan. Dalam tahap ini, komunikasi dengan penyedia layanan menjadi lebih bersifat lebih bilateral, dan dokter serta farmasis saling bertukar informasi lebih seimbang. Selain itu, para dokter mulai

membangun harapan terhadap para farmasis dan layanan tersebut. Selama tahap ini sangatlah penting agar para farmasis mempertahankan atau meningkatkan kualitas layanan sehingga dokter melihat manfaat merujuk pasien mereka. Apabila para farmasis menunjukkan konsistensi dan layanan kualitas tinggi, mereka akan memperoleh hak untuk mengembangkan CPA dengan para dokter (tahap 4: hubungan kerja kolaboratif).

Pada tahap terakhir, hubungan kerja kolaboratif, para farmasis telah membuktikan kemampuan klinis mereka, menunjukkan kehandalan dan konsistensi, serta memperoleh kepercayaan dari para dokter. Oleh karena kepercayaan ini, para dokter bersedia menandatangani dokumen CPA. Inilah yang terjadi pada Apotek Care-Rite. Carol dan para farmasisnya secara konsisten membantu pasien dari dokter tersebut untuk mencapai tujuan terapi mereka. Para pasien menjadi lebih patuh dengan merubah gaya hidup, dan memandang positif pengalaman kerjasama mereka dengan para farmasis. Pada pertemuan Carol dan para dokter selanjutnya, dia mendiskusikan pengembangan CPA dan para dokter setuju untuk menandatangani dan merujuk pasien secara regular pada tempat praktik Carol.

Komponen dari CPA meliputi informasi yang tercantum dalam pedoman kebijakan dan prosedur, protokol manajemen terapi obat, dan tanggung jawab farmasis/dokter. Farmasis

harus mencari masukan dari para dokter mengenai kriteria pasien yang memenuhi persyaratan dan protokol manajemen terapi obat. Setelah informasi ini disetujui, para dokter dan farmasis harus menandatangani lembar persetujuan. Sebuah salinan CPA harus disimpan di apotek dan di tempat praktik dokter. Sebuah contoh CPA dari Apotek Care-Rite ditunjukkan pada Gambar 25-7.

■ KESIMPULAN

Para farmasis menerapkan beberapa macam layanan bernilai tambah dalam praktik mereka. Penting agar mereka mengikuti proses sistematis selama pengembangan dan penerapan layanan tersebut agar layanan tersebut berkualitas tinggi. Walaupun layanan yang diterapkan berbeda, prosesnya tetaplah sama. Pertama, farmasis perlu menentukan komponen penting dari layanan (antara lain: pengumpulan data, manajemen pengobatan, edukasi pasien, dan lain-lain). Selanjutnya, mereka harus mengembangkan pedoman kebijakan dan prosedur yang menyebutkan tujuan layanan, pemilihan pasien, dan deskripsi kunjungan tiap pasien. Selain itu, penting agar farmasis dilatih untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan efektif. Agar apotek mencapai keberhasilan, pihak manajemen perlu melakukan pengelolaan bauran pemasaran (8 P dari pemasaran) dan mengembangkan hubungan kerja kolaboratif dengan penyedia layanan lain.

Farmasis dapat menjamin keberhasilan penerapan program mereka apabila mereka mengikuti tahap-tahap tersebut. Dengan perencanaan awal dan persiapan sebelum memulai layanan, farmasis dapat meminimalkan tantangan yang terjadi setiap mengawali program baru. Sebagai bagian dari persiapan mereka, pengembangan alat dokumentasi, protokol, dan lembar komunikasi dokter merupakan hal yang penting. Selanjutnya mereka mengembangkan hubungan terpercaya dengan penyedia layanan lain dan mulai menerima rujukan secara rutin, CPA mulai perlu dibuat. Dengan dokumen ini, farmasis dan dokter akan mengetahui peran tiap-tiap, dan pertukaran informasi yang efisien akan mulai terjadi.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Bab ini menekankan bahwa proses penerapan layanan bernilai tambah selalu sama tanpa memedulikan layanan apa yang diberikan. Apa yang menjadi pembeda dalam hal dokumen, protokol, dan CPA yang digunakan apabila layanan berupa program edukasi diabetes bukanlah program manajemen pengobatan?
2. Diskusikan bagaimana 8 P dalam pemasaran dapat sama/berbeda antara skenario yang digunakan pada bab ini dibanding dengan farmasis yang menerapkan klinis gagal jantung.
3. Pikirkan tentang layanan bernilai tambah yang menjadi anda tertarik untuk menerapkan. Komponen-komponen apa yang ada untuk layanan tersebut?

REFERENSI

- Ansell JE, Buttarro JL, Thomas OV, Knowlton CH. 1997. The anticoagulation guidelines task force: Consensus guidelines for coordinated outpatient oral anticoagulation therapy management. *Ann Pharmacother* 31:604.
- Baran RW, Crumlish K, Patterson H, et al. 1999. Improving outcomes of community-dwelling older patients with diabetes through pharmacist counseling. *Am J Health-Syst Pharm* 56:1535.
- Berringer R, Shibely MC, Cary CC, et al. 1999. Outcomes of a community pharmacy-based diabetes monitoring program. *J Am Pharm Assoc* 39:791.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. 2003. What is waived testing? tersedia di www.fda.gov/cdrh/clia; diakses pada tanggal 14 Juni, 2003.
- Christensen DB, Holmes G, Fassatt WE, et al. 1999. Influence of a financial incentive on cognitive services: CARE project design/implementation. *J Am Pharm Assoc* 39:629.
- Coast-Senior EA, Kroner BA, Kelley CL, Trilli LE. 1998. Management of patients with type 2 diabetes by pharmacists in primary care clinics. *Ann Pharmacother* 32:636.
- Cowper PA, Weinberger M, Hanlon JT, et al. 1998. The cost-effectiveness of a clinical pharmacist intervention among elderly outpatients. *Pharmacotherapy* 18:327.
- Davis FB, Sczupak CA. 1979. Outpatient oral anticoagulation: Guidelines for long-term management. *Postgrad Med* 66:100.
- Dobie RL, Rascati KL. 1994. Documenting the value of pharmacist interventions. *Am Pharm* 34:50.
- Elliott ME, Meek PD, Kanous NL, et al. 2002. Osteoporosis screening by community pharmacists: Use of national osteoporosis foundation resources. *J Am Pharm Assoc* 42:101.
- Ferro LA, Marcrom RE, Garrelts L, et al. 1998. Collaborative practice agreements between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc* 38:655.
- Furmaga EM. 1993. Pharmacist management of a hyperlipidemia clinic. *Am J Hosp Pharm* 50:91.

- Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, et al. 1997. Therapeutic outcomes monitoring: Application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* NS37:647.
- Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, et al. 1996. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med* 100:428.
- Hawkins DW, Fiedler FP, Douglas HL, Eschback RC. 1979. Evaluation of a clinical pharmacist in caring for hypertensive and diabetic patients. *Am J Hosp Pharm* 36:321.
- Herborg H, Sondergaard B, Froekjaer B, et al. 2001. Improving drug therapy for patients with asthma: 2. Use of antiasthma medications. *J Am Pharm Assoc* 41:551.
- Jaber LA, Halapy H, Fernet M, et al. 1996. Evaluation of a pharmaceutical care model on diabetes management. *Ann Pharmacother* 30:238.
- Kennedy DT, Giles JT, Chang ZG, et al. 2002. Results of a smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *J Am Pharm Assoc* 42:51.
- Knapp KK, Karzman H, Hambright JS, Albrant DH. 1998. Community pharmacist interventions in a capitated pharmacy benefit contract. *Am J Health-Syst Pharm* 55:1141.
- Knoell DL, Pierson JE, Marsh CB, et al. 1998. Measurement of outcomes in adults receiving pharmaceutical care in a comprehensive asthma outpatient clinic. *Pharmacotherapy* 18:1365.
- Knowlton CH, Thomas OV, Williamson A, et al. 1999. Establishing community-based anticoagulation education and monitoring programs. *J Am Pharm Assoc* 39:368.
- Madejski RM, Madejski TJ. 1996. Cholesterol screening in a community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* NS36:243.
- McCurdy M. 1993. Oral anticoagulation monitoring in a community pharmacy. *Am Pharm* 10:61.
- McDonough RP. 1996. Interventions to improve patient pharmaceutical care outcomes. *J Am Pharm Assoc* NS36:453.
- McDonough RP, Doucette WR. 2001. A conceptual framework for collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc* 41:682.
- McKenney JM, Brown ED, Necsary R, Reavis HL. 1978. Effect of pharmacist drug monitoring and patient education on hypertensive patients. *Contemp Pharm Pract* 1:50.
- McKenney JM, Sliening JM, Henderson HR, et al. 1973. The effect of clinical pharmacy services on patients with essential hypertension. *Circulation* 1973:48:1104.
- Norton JL, Gibson DL. 1996. Establishing an outpatient anticoagulation clinic in a community hospital. *Am J Health-Syst Pharm* 53:1151.
- Pauley TR, Magee MJ, Cury JD. Pharmacists-managed physician-directed asthma management program reduces emergency department visits. *Ann Pharmacother* 29:5.
- Petty DR, Zermansky AG, Raynor DK, et al. 2002. Clinical medication review by a pharmacist of elderly patients on repeat medications in general practice: Pharmacist interventions and review outcomes. *Int J Pharm Pract* 10:39.
- Reinders TP, Rush DR, Baumgartner RP, Graham AW. Pharmacist's role in management of hypertensive patients in an ambulatory care clinic. *Am J Hosp Pharm* 32:590.
- Reinders TP, Steinke WE. 1979. Pharmacists management of anticoagulant therapy in ambulant patients. *Am J Hosp Pharm* 36:645.
- Rosenthal W. 2000. Establishing a pharmacy-based laboratory service. *J Am Pharm Assoc* 40:146.
- Rupp MT. 1988. Evaluation of prescribing errors and pharmacist interventions in community practice: An estimate of "value-added." *Am Pharm* NS28:766.
- Rupp MT. 1992. Value of community pharmacists' interventions to correct prescribing errors. *Ann Pharmacother* 26:1580.
- Rupp MT, DeYoung M, Schondelmeyer SW. 1992. Prescribing problems and pharmacist interventions in community practice. *Med Care* 30:926.
- Rupp MT, McCallian DJ, Sheth KK. 1997. Developing and marketing a community pharmacy-based asthma management program. *J Am Pharm Assoc* NS37:694.
- Schilling KW. 1977. Pharmacy program for monitoring diabetic patients. *Am J Hosp Pharm* 34:1242.
- Simpson SH, Johnson JA, Tsuyuki RT. 2001. Economic impact of community pharmacist intervention in cholesterol risk management: An evaluation of the study of cardiovascular risk intervention by pharmacists. *Pharmacotherapy* 21:627.
- Smith DH, Fassatt WE, Christensen DB. 1999. Washington State CARE project: Downstream cost changes associated with the provision of cognitive services by pharmacists. *J Am Pharm Assoc* 39:650.
- Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. 1988. Documenting the clinical pharmacist's activities: Back to basics. *Drug Intell Clin Pharm* 2:63.
- Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. 1992. Pharmaceutical care: An introduction. In *Current Concepts*, hlm. 1. Kalamazoo, MI: Upjohn Company.
- Swain JH, Macklin R. 2001. Individualized diabetes care in a rural community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 41:458.
- Tice B, Phillips CR. 2002. Implementation and evaluation of a lipid screening program in a large chain pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 42:413.

- Tiggelaar JM. 1987. Protocols for the treatment of essential hypertension and type II diabetes mellitus by pharmacists in ambulatory care clinics. *Drug Intell Clin Pharm* 21:521.
- Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, et al. 1999. Study of cardiovascular risk intervention by pharmacists (SCRIP): A randomized trial design of the effect of community pharmacist intervention program on serum cholesterol risk. *Ann Pharmacother* 33:910.

KOMPENSASI UNTUK LAYANAN BERNILAI TAMBAH APOTEK

Kathleen Snella

Tentang penulis: Dr. Snella adalah Wakil Dekan pada University of Missouri-Kansas City School of Pharmacy, dan Vice Chair serta Associate Professor pada Divisi Praktik Farmasi di Columbia, Missouri. Pendidikan farmasinya meliputi gelar B.S. di bidang farmasi diperoleh dari University of Iowa dan gelar Pharm.D dari Universitas of Texas-Austin/ University of Texas Health Sciences Center, San Antonio. Beliau juga menyelesaikan residensi spesialis di bidang perawatan primer dari William S. Middleton Veterans Hospital di Madison, Wisconsin. Dr. Snella bekerja di bidang kompensasi untuk layanan farmasi selama lebih dari 10 tahun. Beliau menyediakan layanan bernilai tambah baik di praktik dokter pribadi dan klinik rawat jalan. Beliau sering diundang untuk berbicara mengenai kompensasi layanan farmasi serta telah menulis sejumlah artikel dan bab dalam buku tentang topik tersebut.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan perbedaan antara kompensasi dan penggantian pembayaran
2. Mengidentifikasi berbagai strategi penggantian pembayaran yang tersedia untuk berbagai lingkup apotek.
3. Mendeskripsikan bagaimana hubungan antara farmasis dengan pihak pembayar asuransi berpengaruh terhadap pemilihan strategi kompensasi.
4. Mengidentifikasi keuntungan dan kerugian berbagai macam strategi kompensasi.

■ SKENARIO

Saat ini, Alan Brouchard (baca Bab 24) merancang klinik edukasi diabetes. Dia ingin mengeksplorasi bagaimana membuat layanan tersebut memungkinkan untuk dilaksanakan secara finansial. Dia merancang sebuah layanan yang akan menawarkan edukasi diabetes secara komprehensif. Karena penderita diabetes berisiko tinggi terhadap penyakit jantung, pasien-pasiennya mungkin akan mendapatkan manfaat dari edukasi atau pemantauan kolesterol, program berhenti merokok, dan pemantauan tekanan darah. Untuk menawarkan kedua macam layanan tersebut, dia memerlukan cara untuk memeriksa kadar glukosa darah dan hemoglobin A_{1c}, kadar kolesterol, dan tekanan darah sebagai tambahan dari berbagai macam materi edukasi diabetes yang tersedia.

Sebelum Dr. Brouchard mulai menyediakan layanan tersebut, dia ingin memastikan bahwa programnya secara finansial memungkinkan untuk dilaksanakan. Untuk itu, dia perlu mengeksplorasi cara agar mendapat kompensasi layanan tersebut. Dia telah terbiasa dengan

kompensasi terhadap peralatan medis yang tahan lama sehingga dia mengetahui bahwa apoteknya dapat menagih pembayaran untuk alat ukur glukosa darah, tetapi dia tidak pernah mencoba untuk menagih pihak ketiga atau pasien untuk jenis layanan yang lain.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Mengapa harus dalam bentuk kompensasi dan bukan penggantian pembayaran yang menjadi tujuan pembayaran layanan bernilai tambah?
2. Biaya apa saja yang harus dipertimbangkan dalam menentukan biaya kompensasi?
3. Bagaimana penyedia layanan dipandang layak untuk menerima kompensasi?
4. Bagaimana kompensasi dapat dioptimalkan dalam berbagai macam lingkup praktik apotek?

■ PENDAHULUAN

Farmasis menawarkan berbagai layanan bernilai tambah, termasuk edukasi, layanan pencegahan penyakit, pemantauan laboratorium, dan manajemen pengobatan secara intensif pada beberapa kondisi kesehatan. Bab 25 meninjau beberapa contoh layanan bernilai tambah yang dapat diberikan, termasuk manajemen terapi pengobatan (MTM), pemantauan penggunaan antikoagulan dan hiperlipidemia, program berhenti merokok, skrining osteoporosis, dan penilaian risiko kardiovaskular. Agar dapat berhasil dalam jangka panjang, tiap layanan itu haruslah visibel secara finansial. Bab ini akan memfokuskan pada kompensasi untuk layanan bernilai tambah baik dari pasien maupun pembayar pihak ketiga.

Ketika pertama kali mengeksplorasi strategi kompensasi, penting bagi kita untuk memahami terminologi yang digunakan dalam penagihan perawatan pasien secara langsung. Dalam bab ini, beberapa terminologi akan diperkenalkan, seperti kompensasi, penggantian pembayaran, status penyedia layanan, uji kelayakan *Clinical Laboratory Improvement Amendments* (CLIA), kode *Current Procedural Terminology* (CPT), dan kode *International Classification of Diseases* (ICD-9-CM). Memahami istilah kompensasi sangat penting, terutama ketika mendiskusikan strategi kompensasi dengan perusahaan asuransi. Bab ini akan meninjau strategi-strategi yang dapat digunakan untuk menagih pasien dan pembayar pihak ketiga untuk layanan perawatan pasien langsung. Strategi khusus yang dapat digunakan dapat tergantung pada lokasi praktik, keterlibatan pihak pembayar tertentu, dan pada beberapa kasus, jenis layanan yang ditawarkan.

■ KOMPENSASI

Perbedaan antara kompensasi dan penggantian pembayaran (*reimbursement*) merupakan salah satu dari konsep pertama yang perlu dijelaskan lebih lanjut. Salah satu tujuan penyediaan layanan bernilai tambah adalah menerima *kompensasi* untuk layanan itu. Ini berarti bahwa pasien, perusahaan asuransi, atau beberapa kelompok lain membayar biaya langsung *ditambah dengan* adanya anggapan nilai mengenai layanan itu. Sedangkan *penggantian pembayaran* hanya merupakan pembayaran terhadap biaya layanan secara langsung tanpa ada tambahan biaya lain (Hogue, 2002). Dalam rangka memperoleh keuntungan dari layanan yang diberikan, targetnya adalah kompensasi, bukan penggantian pembayaran. Apabila hanya penggantian pembayaran yang menjadi target, hanya biaya langsung atas penyediaan layanan, seperti pembayaran atas alat-alat, yang diperhitungkan sehingga nilai pendapatan bersih menjadi minimal.

Kompensasi dapat berasal dari berbagai jenis layanan. Contohnya adalah konseling penurunan berat badan, edukasi/manajemen asma, pemantauan lipid dan osteoporosis, serta MTM secara umum. Para farmasis dapat juga menerima kompensasi atas prosedur yang mendukung layanan tersebut, seperti pengumpulan kadar kolesterol darah melalui uji kelayakan CLIA atau *heel ultrasound*. Contoh lain adalah pemberian imunisasi seperti vaksin influenza dan pneumonia. Semua layanan tersebut dapat dikelompokkan menjadi layanan perawatan pasien langsung (misalnya, konseling program berhenti merokok), pemeriksaan laboratorium (misalnya, uji kelayakan CLIA), dan imunisasi.

■ BIAYA YANG DIKAITKAN DENGAN PENAWARAN LAYANAN BERNILAI TAMBAH

Biaya selalu dilibatkan dalam pemberian layanan bernilai tambah. Biaya dalam memberikan perawatan pasien langsung meliputi gaji, ruang, perlengkapan kantor (misalnya, komputer, mesin fax, dan software), fotokopi, pengiriman pos (untuk pasien dan/atau dokter), pengiklanan, perlengkapan perawatan pasien (misalnya, manset tekanan darah dan timbangan berat badan), dan materi edukasi. Apabila layanan yang akan ditawarkan adalah pemeriksaan laboratorium, kemudian biaya untuk lisensi pelaksanaan uji, perlengkapan laboratorium (misalnya, alat laboratorium, wadah atau strip uji, dan alat kualitas kontrol), wadah untuk alat-alat tajam, lanset, sarung tangan, bantalan alkohol, dan layanan pembuangan sampah biologis berbahaya juga perlu diperhitungkan. Biaya untuk pelaksanaan prosedur seperti *heel ultrasound* atau spirometer dapat meliputi biaya

alat dan perlengkapan pendukung yang dibutuhkan. Apabila menyediakan vaksinasi, biaya vaksin, sarung tangan, jarum suntik, bantalan alkohol, dan plester harus dipertimbangkan. Beberapa apotek mungkin telah menyediakan beberapa perlengkapan tersebut sehingga tidak perlu lagi melakukan pengadaan secara khusus untuk layanan itu.

Untuk menghitung total biaya penyediaan layanan, pertimbangkan pula banyak waktu yang dihabiskan oleh farmasis dan staf pendukung lain dalam menawarkan layanan, serta biaya tetap dan biaya tiap-tiap pasien. Satu cara untuk memperkirakan banyaknya waktu yang dihabiskan untuk menyediakan perawatan pasien langsung adalah mempertimbangkan waktu yang dihabiskan dengan tiap-tiap pasien dan berapa banyak jumlah pasien yang menjadi target. Basis data komputer apotek dapat memberikan jumlah klien yang mendapatkan pengobatan tertentu atau dengan kondisi kesehatan khusus. Hal ini membantu memperkirakan jumlah pasien potensial untuk layanan tersebut. Tahap ini penting karena salah satu target utama untuk layanan baru bernilai tambah adalah klien apotek yang telah ada. Hal ini juga akan memastikan bahwa ada sejumlah pasien yang mendukung layanan semacam itu. Tentu saja, salah satu tujuan menawarkan layanan baru adalah untuk meningkatkan jumlah klien yang tertarik pada apotek sehingga meningkatkan volume resep atau pembelian berkaitan dengan resep. Basis data apotek selain dapat mengidentifikasi asuransi yang biasa melayani pasien tersebut, juga membantu mengidentifikasi dokter yang potensial memberi rujukan.

Biaya tetap adalah biaya yang harus dipertimbangkan tanpa memperhatikan jumlah pasien yang terdaftar dalam layanan tersebut. Hal ini meliputi perlengkapan kantor, perlengkapan perawatan pasien (misalnya, manset tekanan darah dan timbangan berat badan), dan biaya laboratorium (misalnya biaya lisensi, mesin laboratorium, kontrol kualitas, dan wadah untuk alat-alat tajam). Biaya variabel adalah biaya yang dapat dihitung untuk basis tiap-tiap pasien, seperti biaya wadah/strip uji laboratorium tiap-tiap pasien, pengiriman pos, jarum suntik, dan sarung tangan. Apabila jumlah pasien dapat diperkirakan, biaya untuk tiap-tiap pasien dapat dihitung. Bersamaan dengan perkiraan gaji, biaya tetap dan variabel dapat digunakan untuk membantu menetapkan besarnya biaya yang akan dibebankan untuk layanan tersebut.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Dr. Brouhard telah merancang apa yang akan dia tawarkan lewat layanan yang baru. Dia memutuskan untuk menargetkan penderita diabetes tipe 2 dan menawarkan edukasi manajemen diabetes mandiri. Dia ingin mendidik pasien tentang bagaimana mengontrol diabetes mereka tidak hanya dengan obat, tetapi juga dengan kebiasaan makan

makanan sehat, pemantauan berat badan, dan olahraga. Dia juga mau mendiskusikan pemantauan glukosa darah, manajemen gula darah rendah, dan bagaimana mengelola diabetes selama kondisi sakit akut. Dia juga ingin membantu pasien-pasiennya mencegah komplikasi diabetes dengan membantu mereka agar berhenti merokok, mengontrol tekanan darah, dan mengelola kolesterol mereka dengan lebih baik.

Untuk memperkirakan biaya dalam menawarkan layanan itu, Dr. Brouhard telah membuat lembar kerja terhadap semua biaya yang diperlukan untuk menyediakan layanan. Dia telah meninjau basis data apotek dan menemukan bahwa setidaknya ada 800 pasien yang sedang mengkonsumsi sekurang-kurangnya satu obat antidiabetes oral atau sedang dalam terapi insulin dan yang telah ditemuinya selama 12 bulan belakangan. Dia menyadari bahwa ini hanyalah sekadar perkiraan terhadap jumlah total pasien potensial karena beberapa pasien bisa saja telah mengontrol diabetes mereka dengan diet dan olahraga, sedangkan yang ia tahu bahwa yang menjadi targetnya adalah pasien yang saat ini memiliki kadar glukosa darah tidak terkontrol.

Dr. Brouhard menghitung banyaknya waktu yang dihabiskan untuk menawarkan layanan tersebut. Dia memperkirakan bahwa apabila para pasien datang ke apotek pada saat apotek memang tidak sedang sibuk dan ketika dia sedang dibantu oleh farmasis lain, dia dapat mulai dengan menyediakan layanan selama 2 jam untuk tiap hari kerja, atau 10 jam per minggu. Dia juga memperkirakan bahwa ia akan menyediakan waktu 45 menit untuk kunjungan pertama pasien dan 30 menit untuk kunjungan lanjutan. Oleh karena itu, dia memperkirakan bahwa pada awalnya dia melayani satu hingga dua pasien baru dan satu hingga empat pasien kunjungan lanjutan setiap harinya. Apabila dia merekrut pelanggan yang telah ada dan menargetkan beberapa dokter yang telah mau menerima edukasi oleh farmasis di masa lalu, dia yakin bahwa dia mempunyai cukup pasien untuk layanan ini.

Pada kalkulasi biaya yang dia lakukan, dia menambahkan waktu yang dihabiskan langsung dengan pasien ke dalam analisis biaya. Sebagai tambahan menggunakan perhitungan tarif gaji setiap jamnya, dia memasukkan biaya jaminan sosial ke dalam kalkulasi gaji. Karena dia juga mengantisipasi bahwa teknisi apotek akan membantunya dengan pengisian berkas dan menerima telepon, dia mempertimbangkan penambahan sedikit persentase waktu para teknisi ke dalam kalkulasi gaji.

Tahap yang dilakukan oleh Dr. Brouhard selanjutnya adalah menginventarisasi perlengkapan dan bahan-bahan yang telah tersedia di apotek dan yang masih perlu dibeli. Sudah terdapat ruang untuk menemui pasien, dan apotek telah memiliki mesin fotokopi, mesin faksimili, dan komputer. Dia telah meletakkan brosur-brosur gratis tentang edukasi diabetes dari beberapa perusahaan farmasi yang

digunakan untuk mendidik pasiennya. Perlengkapan tambahan yang dia perlukan termasuk alat ukur tekanan darah (satu berukuran standar dan satu lagi berukuran besar) dan timbangan berat badan yang akurat. Dia juga akan menambah dua alat uji laboratorium *finger-stick*, satu untuk alat ukur kadar hemoglobin A1c dan satu lagi untuk alat ukur kolesterol. Dia merencanakan untuk mengedukasi tiap-tiap pasien tentang penggunaan alat ukur glukosa darah. Apabila pasien tidak memiliki alat ukur, pasien itu dapat membelinya dari apotek.

Biaya tambahan meliputi alat uji laboratorium *finger-stick* yang memerlukan biaya lisensi (kelayakan CLIA), sarung tangan, plester, dan wadah untuk alat-alat tajam. Berdasarkan asumsi analisis biaya, dia beranggapan akan melakukan pemeriksaan kadar hemoglobin A_{1c} untuk tiap pasien rata-rata tiga kali per tahun dan kadar lemak puasa rata-rata dua kali per tahun. Dia berencana mendokumentasikan edukasi yang diberikan, kemajuan pasien, hasil laboratorium yang diperoleh, dan tujuan kunjungan ke apotek selanjutnya ke dalam komputer. Setelah pelaksanaan tiap-tiap kunjungan, dia berencana untuk mengirimkan salinan laporan kepada dokter dari pasien tersebut.

■ STRATEGI KOMPENSASI

Beberapa cara untuk melakukan pendekatan kompensasi tergantung pada jenis asuransi, lingkungan apotek, dan jenis layanan yang ditawarkan. Jenis asuransi yang dimiliki pasien akan mempunyai pengaruh penting dalam strategi kompensasi yang dipilih. Sebuah apotek yang terutama melayani pasien Medicare akan mempunyai strategi berbeda dibanding apotek yang melayani pasien anggota Health Maintenance Organization (HMO). Lokasi fisik dari layanan juga merupakan salah satu faktor yang harus dipertimbangkan ketika mencari kompensasi. Sekilas, strategi kompensasi untuk perawatan pasien akan tampak sama tanpa memperhatikan lokasi. Akan tetapi, ada beberapa lokasi praktik yang memiliki cara penagihan sangat khusus yang hanya dapat digunakan pada lingkup tertentu. Strategi yang dapat digunakan oleh farmasis yang bekerja dalam klinik praktik dokter mungkin tidak sama dengan strategi yang digunakan farmasis lain yang bekerja di apotek komunitas atau klinik rawat jalan sebuah rumah sakit. Jenis layanan yang ditawarkan dapat juga memengaruhi strategi kompensasi (misalnya, strategi khusus untuk layanan tertentu seperti edukasi diabetes dan uji laboratorium sesuai dengan uji laboratorium kelayakan CLIA).

Kompensasi Berdasarkan Jenis Pembayar

Pembayar pihak pertama

Kompensasi biasanya diberikan oleh pasien (yaitu, pembayar pihak pertama) atau oleh penanggung asuransi (yaitu, pem-

bayar pihak ketiga). Dengan pembayar pihak pertama, biaya untuk layanan diminta langsung dari pasien. Ada keuntungan dan kerugian menagih layanan klinik secara langsung pada pasien. Keuntungannya adalah karena fakta bahwa farmasis dapat meminta langsung dan memperoleh pembayaran segera untuk layanan tersebut. Hal ini mengeliminasi jeda waktu antara pengajuan klaim kepada pembayar pihak ketiga dan waktu ketika kompensasi diterima. Keuntungan lain dari menagih pasien secara langsung adalah bahwa semua layanan secara teoretis telah tertanggung. Sebagai contoh, tidak semua perusahaan asuransi menanggung semua jenis layanan, atau mereka dapat membatasi berapa kali seorang pasien dengan kondisi kesehatan tertentu mendapatkan layanan. Tanpa memperhatikan apakah seorang pasien adalah pembayar pihak pertama atau memiliki asuransi (pembayar pihak ketiga), farmasis harus selalu memastikan bahwa pasien memahami bahwa ada biaya yang dibebankan dan berapa banyak biaya yang akan diminta sebelum memberikan atau mendaftarkan pasien ke dalam program. Apabila pasien tidak setuju dengan pembayaran atau tidak melihat nilai dari layanan tersebut, akan sulit untuk memperoleh kompensasi untuk layanan itu.

Pembayar pihak ketiga

Dengan pembayar pihak ketiga, kompensasi diminta dari perusahaan asuransi. Farmasis atau apotek biasanya mengajukan *lembar klaim* ke perusahaan asuransi untuk mendeskripsikan layanan yang diberikan dan meminta pembayaran atas layanan tersebut. Terkait dengan jumlah perusahaan asuransi dan berbagai jenis *plan* asuransi yang ada (misalnya, *fee-for-service*, HMO, dan lain-lain), tiap perusahaan memiliki persyaratan khusus mengenai proses ini dan strategi pembayaran yang berbeda. Sebagai contoh, *plan* asuransi HMO dapat mengompensasi farmasis berdasarkan biaya yang sama antar klien tanpa memedulikan berapa kali farmasis melayani pasien. Sebaliknya, jenis asuransi *fee-for-service* dapat mengompensasi farmasis sesuai dengan tiap-tiap kunjungan pasien. Meskipun ada perbedaan antara tiap-tiap perusahaan asuransi jenis *fee-for-service*, semua pasien harus dibebani biaya yang sama untuk layanan sejenis. Dengan kata lain, farmasis seharusnya tidak membebani pasien yang memiliki asuransi lebih besar atau lebih kecil dibandingkan dengan pasien yang membayar tunai. Apabila biaya-biaya tersebut tidak konsisten, praktik tersebut dapat dianggap sebagai penipuan (Hogue, 2002; Snella et al., 2004).

Tiap-tiap pembayar pihak ketiga dapat mengompensasi layanan farmasis secara rutin atau tidak. Tiap pembayar pihak ketiga juga mempunyai proses berbeda dalam mengajukan klaim. Secara umum, ada tiga metode untuk meminta kompensasi, antara lain melalui *credentialing*, permintaan sebelum otorisasi, dan pengajuan buta. Medicare dan Medicaid juga merupakan contoh pembayar

pihak ketiga, tetapi oleh karena tiap-tiap mempunyai nuansa khusus tentang cara kompensasi, mereka direspons secara terpisah.

CREDENTIALING. Pembayar pihak ketiga biasanya mengompensasi tenaga kesehatan yang terdaftar sebagai penyedia layanan dalam rencana perawatan kesehatan mereka. Untuk melakukan hal ini, tenaga kesehatan mengikuti proses *credentialing*. Sebagai contoh, sebuah pihak ketiga mungkin memiliki kriteria khusus yang harus dipenuhi oleh seorang farmasis atau tenaga kesehatan lain untuk mendapat kepercayaan (Snella, 1999). Apabila seorang tenaga kesehatan memenuhi seluruh kriteria *credentialing* suatu penyedia asuransi, tenaga kesehatan tersebut dapat dianggap sebagai penyedia layanan yang sesuai dengan *plan* perusahaan asuransi. Dianggap sebagai penyedia layanan artinya bahwa perusahaan asuransi telah menyetujui bahwa tenaga profesional tertentu dapat dikompensasi untuk melayani klien dalam *plan*-nya.

Seorang farmasis atau tenaga kesehatan lain tidak harus selalu menjadi penyedia layanan resmi untuk setiap perusahaan asuransi. Akan tetapi, perusahaan asuransi dapat membatasi kompensasi hanya pada para tenaga yang dianggap sebagai penyedia layanan (misalnya, Medicare) atau menyarankan pasien menanggung sebagian besar dari tagihan apabila penyedia bukanlah pihak yang disetujui atau diluar jaringannya.

Untuk dapat memperoleh kepercayaan, tenaga kesehatan biasanya perlu mengajukan informasi khusus kepada perusahaan asuransi, misalnya nomor lisensi, informasi asuransi malpraktik, sertifikat organisasi, dan salinan diploma. *Plan* asuransi kesehatan dapat memuat persyaratan tertentu, seperti meminta dokter dan tenaga kesehatan lain untuk memiliki *credential* khusus, membawa sejumlah asuransi malpraktik, atau tersertifikasi oleh organisasi. Tenaga kesehatan tersebut biasanya mengajukan informasi ini bersama dengan pengajuan aplikasi (Snella, 1999).

Pada saat mengajukan diri sebagai penyedia layanan ke sebuah perusahaan asuransi, sangat dimungkinkan bahwa perusahaan tersebut tidak mengenal layanan bernilai tambah yang ditawarkan farmasis. Oleh karena itu, farmasis perlu menunjukkan nilai layanan di mata perusahaan asuransi dengan cara menjelaskan tujuan layanan, hal-hal yang tercakup di dalamnya, manfaat yang akan diperoleh klien dan perusahaan asuransi, serta kapasitas spesifik farmasis dalam menawarkan layanan semacam itu (Snella, 1999; Snella et al. 2004). Mengaitkan layanan yang ditawarkan dengan pustaka yang telah diterbitkan yang menunjukkan bahwa layanan semacam ini dapat memengaruhi penurunan biaya perawatan kesehatan atau memperbaiki luaran pasien dapat memotivasi perusahaan asuransi. Menjadi penyedia layanan dapat menjadi sebuah proses yang memerlukan kegigihan dan ketekunan. Akan tetapi, ketika telah berhasil, hal ini menjadi sebuah strategi potensial untuk kompensasi.

SEBELUM OTORISASI. Cara lain untuk memperoleh kompensasi dari pembayar pihak ketiga tradisional adalah dengan menghubungi mereka sebelum otorisasi. Ketika menggunakan metode ini, farmasis menghubungi perusahaan asuransi dengan informasi mengenai rujukan dan meminta persetujuan untuk kompensasi sebelum melayani pasien. Dengan cara ini, perusahaan asuransi dapat mengindikasikan berapa banyak kunjungan yang akan disetujui dan kode penagihan mana yang akan digunakan (Snella, 2004).

PENGAJUAN BUTA. Pengajuan buta dideskripsikan sebagai permintaan kompensasi kepada pembayar pihak ketiga dengan mengajukan klaim dan menunggu untuk melihat apakah klaim tersebut disetujui (Snella et al., 2004). Biasanya tidak ada kontak khusus dengan perusahaan asuransi sebelum pengajuan klaim. Satu kerugian dari metode ini adalah risiko penolakan klaim dan perlu untuk melakukan pengajuan ulang pada perusahaan asuransi. Diperlukan waktu dan usaha lebih untuk menyediakan layanan tanpa mengetahui sebelumnya apakah apotek akan menerima pembayaran atas layanan tersebut. Menghubungi perusahaan asuransi sebelum mengajukan klaim seharusnya meningkatkan keberhasilan kompensasi karena perusahaan asuransi akan mengenal klaim tersebut, dan farmasis dapat mengklarifikasi setiap pertanyaan mengenai klaim sebelum pengajuannya.

Medicare

Medicare adalah program asuransi yang dikelola pemerintah dan ditawarkan untuk orang berusia di atas 65 tahun, memiliki kecacatan tertentu, atau menderita gangguan ginjal (DHHS, 2002a). Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) mengawasi program Medicare ini. Untuk layanan yang diberikan kepada pasien rawat jalan, ada dua jenis *plan* Medicare yang dapat memengaruhi strategi kompensasi, yaitu Medicare Part B dan Medicare Part D. Medicare Part B dideskripsikan sebagai asuransi Medicare yang menanggung layanan atas pasien rawat jalan dan layanan dokter (CMS, 2007d). Medicare Part D menanggung resep obat yang dibuat sesuai dengan Undang-Undang Medicare Modernization tahun 2003 (baca Bab 17). Undang-undang ini juga berisi penjelasan tentang MTM bagi pasien penerima Medicare Part D. Dalam undang-undang ini, penerima Medicare Part D yang memenuhi syarat berdasarkan kondisi pengobatan dan medisnya berhak untuk menerima MTM dari seorang farmasis yang akan membantu mengoptimalkan terapi obat dan membantu mengurangi risiko efek samping (One Hundred Eighth Congress, 2007). Semua barang dan layanan yang dikompensasi melalui Medicare Part D disesuaikan ke dalam *plan* obat resep (*prescription drug plan*, PDP) yang dikelola oleh pembayar pihak ketiga selain pemerintah, seperti perusahaan asuransi, HMO, dan manajer manfaat apotek (*pharmacy benefit manager*). Untuk menerima

kompensasi dari MTM dan layanan klinis lain yang diberikan kepada pemegang manfaat Medicare part D yang memenuhi syarat, farmasis harus mengikuti kebijakan dan prosedur tiap-tiap PDP, yang mencakup proses *credentialing* dan pengajuan otorisasi sebagaimana dijelaskan sebelumnya.

FARMASIS SEBAGAI PENYEDIA LAYANAN MEDICARE. CMS mengakui kelompok tenaga kesehatan tertentu sebagai penyedia layanan Medicare. Contoh dari tenaga kesehatan ini adalah dokter, perawat, asisten dokter, bidan, dan tenaga sosial klinik (Social Security Administration, 2007). Tiap-tiap tenaga kesehatan tersebut dapat mengajukan diri sebagai penyedia layanan Medicare. Sayangnya, apabila seorang penyedia layanan tidak diakui dalam Social Security Act, dia tidak dapat diakui sebagai penyedia layanan (Snella et al., 2004).

Pada tahun 2003, Medicare Modernization Act mengakui farmasis sebagai penyedia layanan untuk layanan MTM bagi klien yang memenuhi syarat Medicare Part D. Meskipun pengakuan ini merupakan sebuah langkah kemajuan yang penting, undang-undang tersebut tidak mengakui farmasis sebagai penyedia layanan bagi klien Medicare part B. Penting untuk diketahui bahwa CMS saat ini tidak mengakui layanan perawatan pasien yang diberikan oleh farmasis selain MTM dan layanan lain yang ditetapkan dalam peraturan Medicare Part D.

Ada beberapa contoh lain bahwa Medicare tidak mengakui farmasis atau apotek sebagai penyedia layanan. Satu contoh adalah ketika farmasis atau apotek *memberikan imunisasi secara massal*. Contoh lain adalah ketika sebuah apotek menjadi penyedia layanan perlengkapan medis yang tahan lama (Snella et al., 2004). Farmasis juga dapat mengajukan klaim kepada Medicare untuk uji laboratorium kelayakan CLIA, tetapi ini diakui secara spesifik sebagai tes laboratorium dan bukan untuk layanan perawatan pasien langsung lainnya atau MTM.

Medicaid

Medicaid diawasi oleh CMS, tetapi dikelola oleh tiap-tiap negara bagian. Dalam Medicaid, tiap-tiap negara bagian menentukan daftar tenaga kesehatan yang dapat diakui sebagai penyedia layanan. Untuk farmasis yang ingin diakui sebagai penyedia layanan bagi pasien Medicaid, negara bagian akan mengembangkan proyek demonstrasi Medicaid (Snella, 1999). Satu contoh dari proyek ini adalah proyek Mississippi Medicaid yang mengompensasi farmasis untuk layanan seperti manajemen asma, diabetes, dan hiperlipidemia (Anonymous, 1998; Landis, 1998).

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Ketika Dr. Brouhard memperkirakan jumlah penderita diabetes tipe 2, dia juga mencatat nama perusahaan asuransi

mereka. Karena Sun City, Arizona merupakan komunitas dengan sebagian besar penduduknya adalah para pensiunan dengan persyaratan usia tinggal yang ketat, tidaklah mengherankan bahwa hampir semua orang yang dilayani oleh apotek tersebut adalah kelompok lanjut usia (Northwest Valley Chamber of Commerce, 2007). Kebanyakan penderita diabetes tipe 2 memiliki asuransi Medicare, di samping berbagai macam perusahaan asuransi lainnya. Karena Medicare adalah perusahaan asuransi utama untuk pasiennya, Dr. Brouhard harus mempertimbangkan strategi kompensasi untuk pasien tersebut baik yang ditanggung oleh Medicare Part D maupun yang tidak.

Untuk pasien yang ditanggung oleh Medicare Part D, Dr. Brouhard berencana menjadi penyedia layanan MTM dengan beberapa PDP yang termasuk dalam daftar Medicare. Untuk para pasien yang tidak ditanggung oleh Medicare part D, dia tidak dapat menagih Medicare untuk pengajuan klaim. Karena itu, dia akan meminta kompensasi langsung pada pasien. Dia juga akan melakukan hal yang sama untuk pasien yang tidak memiliki asuransi. Ketika dia menyediakan tes laboratorium sesuai dengan kelayakan CLIA, dia berencana untuk mengajukan klaim untuk Medicare dan pembayar pihak ketiga lain. Apabila pasien tersebut tidak memiliki asuransi, dia akan meminta kompensasi untuk tes laboratorium langsung dari pasien.

Kompensasi Berdasarkan Letak Apotek

Kebanyakan strategi yang telah didiskusikan dapat diaplikasikan pada lingkup farmasi komunitas. Akan tetapi, ini bukan satu-satunya lingkup yang farmasis dapat menawarkan layanan bernilai tambah. Ada dua letak praktik khusus yang menawarkan strategi kompensasi unik untuk farmasis sebagai pemberi layanan bagi pasien rawat jalan: klinik praktik dokter dan klinik rawat jalan rumah sakit.

Klinik Praktik Dokter

Farmasis yang bekerja di dalam klinik praktik dokter mempunyai strategi kompensasi yang sama seperti apotek lain (yaitu, menagih pasien secara langsung dan menagih pembayar pihak ketiga atas layanannya). Akan tetapi, farmasis tersebut juga memiliki pendapatan tambahan untuk kompensasi bagi pasien Medicare part B melalui Incident to Physician Services Regulations (DHHS, 2002a). Pedoman tersebut memperbolehkan para dokter untuk menagih biaya layanan sepanjang dilakukan saat dokter tersebut berada di lokasi praktik dan tenaga non-dokter itu menawarkan layanan yang merupakan bagian integral dari perawatan dan pada umumnya tersedia. Meskipun ada pengawasan dari dokter, dokter tersebut tidak harus menemui pasien secara langsung (DHHS, 2002a). Apabila kriteria tersebut dipenuhi, sang dokter, bukan sang farmasis, dapat meminta

kompensasi atas layanan yang diberikan oleh farmasis. Hanya penagihan yang bernilai paling kecil (dan karena itu merupakan kompensasi terkecil) yang diperbolehkan lewat pedoman tersebut karena dokter tidak secara personal melayani pasien. Medicare hanya mengizinkan Incident to Physician Services Regulations diaplikasikan pada kunjungan lanjutan dan bukan untuk pasien baru (yaitu, mereka yang belum pernah menemui dokter). Karena kompensasi berasal dari Medicare untuk dokter atau klinik, farmasis dapat membuat persetujuan kontrak dengan penyedia layanan atau klinik untuk dikompensasi sesuai dengan peraturan tersebut (misalnya, biaya per jam atau per pasien) (Snella, 1999).

Klinik Rawat Jalan Rumah Sakit

Sistem Pembayaran Prospektif Pasien Rawat Jalan (outpatient prospective payment system, OPSS) adalah metode kompensasi untuk fasilitas pasien rawat jalan (DHHS, 2000a). Dengan sistem ini, terdapat komponen *profesional* (misalnya, untuk dokter penyedia layanan) dan komponen *teknis* (misalnya, untuk tenaga kesehatan selain dokter) untuk menagih, komponen tersebut mendeskripsikan berbagai macam kontribusi tim perawatan kesehatan selama pelayanan pasien tertentu. Kode Ambulatory Payment Classification (APC) digunakan dalam sistem ini untuk mendeskripsikan jenis dan kompleksitas kunjungan pasien ke perusahaan asuransi. Ketika farmasis menyediakan layanan dalam klinik tersebut, kompensasi layanannya diberikan kepada fasilitas rumah sakit, bukan langsung ke penyedia layanan. Pendapatan yang diperoleh harus dapat dilacak secara internal seperti departemen atau tenaga kesehatan mana yang terlibat dalam perawatan pasien itu (Snella and Sachdev, 2003).

Kompensasi Berdasarkan Jenis Layanan

Hal lain yang memengaruhi kompensasi adalah jenis layanan khusus yang diberikan. Sebagai contoh, kompensasi dapat diminta untuk pemeriksaan laboratorium, prosedur (misalnya, imunisasi), dan kondisi kesehatan spesifik (misalnya, konseling diabetes atau pencegahan penyakit). Tes laboratorium selain berguna sebagai pemantauan terapi obat dapat juga menjadi sumber kompensasi. Uji kelayakan CLIA mengizinkan apotek atau lingkup lain untuk melaksanakan tes-tes dengan kompleksitas rendah. Apabila tes laboratorium dengan kompleksitas sedang atau tinggi akan dilakukan, apotek atau klinik harus terdaftar dalam CLIA sebagai sebuah laboratorium (Snella, 1999).

Setelah sebuah apotek memperoleh kelayakan CLIA, apotek atau klinik tersebut dapat mengajukan diri sebagai laboratorium independen yang melayani Medicare. Farmasis melengkapi aplikasi kepada Medicare untuk menjadi sebuah *penyedia layanan*. Setelah memiliki nomor penyedia layanan, farmasis diperbolehkan untuk mengajukan klaim

ke Medicare atas tes laboratorium yang dilakukan. Nomor tersebut tidak digunakan untuk menagih perawatan pasien karena nomor ini menunjukkan secara spesifik fungsi apotek sebagai laboratorium independen. Pembayar pihak ketiga lain dapat juga ditagih untuk tes laboratorium, tetapi farmasis harus mengenal perusahaan asuransi, seperti HMO yang memiliki kontrak dengan laboratorium tertentu dan membatasi kompensasi dengan laboratorium tersebut (Snella, 1999).

Prosedur seperti *heel ultrasound* dan imunisasi juga dapat menjadi sumber kompensasi. Ketika memberikan imunisasi, organisasi farmasi tingkat negara bagian dapat memiliki batasan, peraturan, atau program pelatihan tambahan yang harus dipenuhi sebelum sebuah apotek atau farmasis dapat menawarkan imunisasi. Farmasis juga dapat menagih Medicare untuk imunisasi setelah melengkapi aplikasi (Snella, 1999). Proses ini serupa dengan menjadi laboratorium independen, tetapi apotek atau farmasis mengajukan untuk menjadi *pemberi imunisasi massal*. Setelah aplikasi diterima, pemberi imunisasi massal akan menerima nomor penyedia layanan yang spesifik untuk imunisasi (CMS, 2007a).

Jenis edukasi atau layanan manajemen yang ditawarkan juga dapat memengaruhi kompensasi. Sebagai contoh, tidak semua pembayar pihak ketiga menanggung layanan edukasi kesehatan untuk pencegahan penyakit, seperti konseling penurunan berat badan atau program berhenti merokok. Apabila layanan itu tidak ditanggung, tiap-tiap pasien bertanggung jawab atas biaya yang berkaitan dengan program. Apabila belum diketahui apakah perusahaan asuransi akan atau tidak akan mempertimbangkan layanan ini ke dalam *plan* kesehatan, farmasis perlu menghubungi perusahaan tersebut sebelum menyediakan layanan itu untuk pasien tertentu. Dengan cara ini, pasien akan tahu apakah layanan akan ditanggung atau apakah mereka bertanggung jawab atas biaya yang dibebankan.

Kondisi khusus lain yang memiliki strategi kompensasi adalah edukasi diabetes atau edukasi pengelolaan diabetes mandiri. Sebagai contoh, CMS memiliki pedoman unik mengenai siapa yang dapat menerima kompensasi untuk edukasi pengelolaan diabetes mandiri. Edukasi diabetes seringkali ditawarkan dalam *program diabetes* yang terdiri dari tim tenaga kesehatan lintas bidang. Sejak tahun 2007, hanya *penyedia layanan* yang telah tersertifikasi oleh organisasi yang disetujui oleh CMS [seperti American Diabetes Association (ADA) dan Indian Health Service (IHS)] dapat dikompensasi oleh Medicare (DHHS, 2001b, 2002b). Pada kasus ini, istilah *penyedia layanan* juga mencakup klinik rawat jalan, pusat dialisis, dan penyedia perlengkapan medis yang tahan lama (*durable medical equipment*, DME). Penyedia DME yang terdaftar dalam National Supplier Clearinghouse dapat dikompensasi untuk edukasi manajemen diabetes mandiri sepanjang mereka juga diakui oleh kelompok yang diakui

oleh badan yang disetujui oleh CMS untuk menyediakan pendidikan diabetes (DHHS, 2001b). Untuk menjadi program edukasi diabetes yang diakui oleh ADA, program tersebut harus melibatkan perawat dan ahli gizi yang terdaftar, serta tim penasehat (American Diabetes Association, 2007; Mensing et al., 2007). Farmasis yang berpraktik di klinik rumah sakit atau ruang praktik dokter dapat memiliki akses lebih untuk tenaga kesehatan lain, tetapi yang berpraktik di tempat lain juga dapat mengajukan untuk menjadi program sepanjang semua kriteria dipenuhi. Setelah disetujui, sebuah salinan sertifikat harus disertakan pada pengajuan klaim pertama (DHHS, 2000b). Medicare juga memiliki peraturan yang menyebutkan siapa yang dapat menerima edukasi diabetes dan berapa banyak waktu edukasi yang dapat disediakan (DHHS, 2001a; Snella, 1999).

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Dr. Brouhard memutuskan untuk memberikan edukasi diabetes dan membeli beberapa alat sesuai dengan kelayakan CLIA untuk klinik. Untuk memberikan layanan tersebut, dia mulai mengumpulkan bahan untuk memperoleh kompensasi, baik atas pendidikan manajemen diabetes mandiri maupun uji kelayakan CLIA. Karena kebanyakan dari pasiennya telah ditanggung oleh Medicare, pilihan untuk menagih layanannya antara lain (1) menagih pembayar pihak pertama atau ketiga secara langsung, (2) mendapat pengakuan dari kelompok yang disetujui CMS melalui nomor penyedia layanan DME oleh apotek, (3) menagih tes sebagai laboratorium yang sesuai dengan kelayakan CLIA, atau (4) kombinasi dari pendekatan-pendekatan tersebut. Dr. Brouhard mengeksplorasi pilihan untuk menjadi sebuah program yang diakui oleh ADA. Karena apotek belum memungkinkan untuk diakui oleh ADA saat ini, dia dan sang manajer memutuskan untuk fokus pada penagihan pembayar pihak pertama dan ketiga secara langsung dan menagih atas uji kelayakan CLIA.

■ TERMINOLOGI PENGODEAN

Setelah merancang layanan bernilai tambah, menetapkan biaya, dan memilih metode kompensasi, farmasis harus mempelajari cara pengajuan klaim. Penyedia layanan biasanya mengajukan klaim dengan menggunakan lembar *CMS 1500* kepada Medicare, Medicaid, atau pembayar pihak ketiga lain, kecuali klinik pasien rawat jalan yang menggunakan lembar CMS 1450. Pada lembar CMS 1500, disebutkan tentang informasi mengenai kelompok yang mengajukan, dokter perujuk, jenis layanan yang ditawarkan, dan kondisi kesehatan terkait. Untuk menunjukkan jenis informasi ini, digunakan kode CPT dan ICD-9-CM. Sistem pengodean ini memberikan informasi lengkap mengenai jenis layanan yang diberikan dan kondisi kesehatan spesifik dalam bentuk

format sesuai urutan angka. Contoh lembar CMS 1500 dan 1450 tersedia pada website CMS (www.CMS.hhs.gov).

Pengodean CPT

Kode CPT adalah kode dengan nomor yang berurutan dan digunakan untuk mendeskripsikan jenis kunjungan pasien, prosedur, serta tes laboratorium khusus yang dilaksanakan. Dengan menggunakan skema nomor yang berurutan, kode itu dapat banyak menunjukkan banyak informasi hanya dengan kode tunggal yang terdiri lima digit. Untuk pasien rawat jalan, kode CPT ini dapat mengindikasikan apakah pasien adalah pasien baru atau bukan, apakah dokter menemui pasien, dan bagaimana kompleksitas dari setiap kunjungan. Sebagai contoh, kode CPT 99211 hingga 99215 mendeskripsikan kunjungan lanjutan yang dilakukan oleh pasien lama, mengindikasikan kompleksitas kunjungan (semakin tinggi kode dalam serial, semakin kompleks), dan mengindikasikan apakah pasien menemui tenaga kesehatan selain dokter (misalnya, dokter tidak harus melayani pasien secara langsung dengan kode 99211) (AMA, 2006).

Baru-baru ini, kode CPT untuk layanan MTM disetujui oleh American Medical Association CPT Editorial Panel. Kode-kode tersebut dapat digunakan oleh farmasis untuk mengajukan klaim MTM yang sesuai untuk penerima Medicare Part D melalui PDP mereka serta pembayar pihak ketiga yang lain. Kode 99605 (sebelumnya 0115T) digunakan untuk pertemuan dengan pasien baru dan kode 99606 (sebelumnya 0116T) digunakan untuk tiap-tiap kunjungan lanjutan. Kode ketiga, 99607 (sebelumnya 0117T), ditambahkan untuk tiap-tiap kode tersebut untuk mengindikasikan bahwa ada tambahan 15 menit untuk pelaksanaan perawatan. Sebagai contoh, untuk kunjungan 45 menit pertama, klaim asuransi akan mencakup kode 99605 (unit = 1) dan 99607 (unit = 2) untuk menunjukkan keseluruhan kunjungan selama 45 menit (AMA, 2006; APhA, 2007).

Kode manajemen diabetes mandiri untuk program edukasi diabetes bersertifikat meliputi Health-care Common Procedure Code (HCPC) G0108 dan G0109. Kedua kode tersebut secara khusus mendeskripsikan edukasi diabetes oleh penyedia layanan yang diakui. Kode G0108 menjelaskan tentang sesi edukasi individual selama 30 menit, sedangkan kode G0109 berarti bahwa sesi edukasi berlangsung selama 30 menit untuk kelompok (CMS, 2006). Tiap kode terstandar tersebut digunakan pada lembar penagihan dan tiap-tiap kode dikaitkan dengan biaya kompensasi tertentu.

Secara umum, penyedia layanan menentukan kode CPT yang paling tepat untuk mendeskripsikan layanan yang diberikan. Perusahaan asuransi tertentu mungkin memiliki batasan tentang kode CPT yang dapat digunakan. Sebagai contoh, Medicare tidak memperbolehkan farmasis untuk

menggunakan kode CPT 99211 hingga 99215. Akan tetapi, dokter diperbolehkan menggunakan kode 99211 untuk menagih layanan yang diberikan oleh tenaga selain dokter (misalnya, farmasis). Hal ini dapat dilakukan apabila pengodean menggunakan Incident to Physician Services Regulations seperti yang disebutkan di awal bab ini (Snella, 1999).

Kode-kode CPT juga mengindikasikan prosedur laboratorium yang digunakan. Pada lembar klaim penagihan, tiap-tiap tes laboratorium atau panel laboratorium diberi kode secara terpisah. Sebuah contoh dari kode laboratorium CPT adalah 83036, yang menunjukkan penentuan hemoglobin A_{1c} (AMA, 2006). Kode CPT 83036QW mengindikasikan penentuan hemoglobin A_{1c} yang dilaksanakan menggunakan alat sesuai dengan kelayakan CLIA. Daftar lengkap tentang uji kelayakan CLIA dan kode-kode CPT terdapat dalam situs CMS (CMS, 2007b, 2007c).

Imunisasi juga dikode sesuai dengan kode CPT. Ketika menyediakan imunisasi, kode CPT yang digunakan juga mencakup obat yang diberikan (misalnya, 90658 untuk vaksinasi influenza, virus split, dan 90732 untuk pneumococcal polysaccharide, vaksin valensi-23) dan jumlah vaksin yang diberikan (kode CPT 90471 untuk satu vaksin dan 90472 untuk tiap-tiap vaksin tambahan) (AMA, 2006).

Pengodean ICD-9-CM

Kode-kode ICD merupakan kode terstandar yang memberikan informasi ke perusahaan asuransi mengenai kondisi kesehatan khusus yang ditangani oleh penyedia layanan. Kode-kode tersebut terdiri dari tiga hingga lima digit dan tidak hanya mendeskripsikan jenis kondisi kesehatan umum yang ditangani, tetapi juga dapat mengindikasikan apakah pasien berada dalam keadaan stabil atau sedang bertambah parah dan alasan lain yang berkaitan dengan penyakitnya. Kode-kode ICD-9-CM menggunakan kode digital ini untuk memberikan deskripsi umum tentang kondisi tersebut. Tiga digit pertama dari kode tersebut mengklasifikasikan kondisi kesehatan secara umum sedangkan tambahan dua angka dalam bentuk desimal mengidentifikasi lebih jauh tentang penyakit yang spesifik. Sebagai contoh, kode 733 mendeskripsikan beberapa kelainan tulang dan sendi. Osteoporosis ditunjukkan dengan 733.0, pascamenopause osteoporosis dengan kode 733.01, dan osteoporosis idiopatis dengan 733.02 (Buck dan Lockyear, 2007).

Beberapa pasien datang dengan alasan kompleks. Karena itu, farmasis perlu mencatat lebih dari satu kode ICD-9-CM untuk mendeskripsikan lebih lengkap tentang kunjungan pasien. Sebagai contoh, seorang dokter akan merujuk seorang pasien dengan penyakit arteri koroner (coronary artery disease, CAD) kepada seorang farmasis. Lazim bagi seorang dokter meminta agar diberikan edukasi tentang penurunan kolesterol baik melalui diet dan obat serta edukasi tentang

penurunan berat badan serta program berhenti merokok. Ketiga kondisi (CAD, obesitas, dan penggunaan rokok) dapat dikodekan untuk menunjukkan tentang kondisi kesehatan tersebut. Contoh kode ICD-9 untuk kondisi-kondisi tersebut antara lain 414.01 (penyakit pembuluh darah bawaan), 272.2 (hiperlipidemia campuran) dan 305.1 (penyakit karena penggunaan rokok) (Buck and Lockyear, 2007). Kode ICD-9 khusus yang digunakan pada lembar klaim harus sama dengan kode yang digunakan oleh dokter untuk mencegah risiko penolakan klaim karena ketidaksesuaian kode. Karena itu, kode ICD-9 harus diminta pada lembar rujukan dari dokter (Snella et al., 2004).

■ PENGAJUAN KLAIM

Setelah kunjungan pasien, lembar klaim (CMS 1500 atau CMS 1450) dilengkapi dan diserahkan kepada perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi dapat menghendaki hal lain sebelum menyetujui klaim, seperti pernyataan tentang keperluan medis dari penyedia layanan yang memberi rujukan dan sebuah salinan rujukan dokter. *Pernyataan tentang keperluan medis* adalah pernyataan yang ditandatangani oleh penyedia layanan yang menyatakan bahwa rujukan kepada farmasis (atau penyedia layanan lain) diperlukan secara medis (Snella et al., 2004; Poirier et al., 1999). Tipe pernyataan ini dapat digabungkan dalam lembar rujukan dokter (Snella, 1999).

Sebelum mengisi lembar klaim, farmasis perlu mengumpulkan semua informasi yang dibutuhkan untuk melengkapi lembar-lembar CMS, seperti nomor dokter penyedia layanan, kode ICD-9-CM yang diberikan oleh penyedia layanan, kode CPT yang akan digunakan untuk mendeskripsikan kunjungan klien, dan informasi asuransi klien. Lembar rujukan dapat juga membantu untuk mengorganisasi informasi tersebut karena lembar rujukan dapat mencakup hal-hal terkait praktik dokter dan mencakup nomor penyedia layanannya dan hal-hal tentang penandaan atau pemilihan kode ICD-9-CM yang sesuai (Poirier, Buffington, dan Memoli, 1999; Snella et al., 2004). Sebagai tambahan, satu salinan kartu asuransi medis pasien harus dibuat (Snella et al., 2004). Kartu ini biasanya berisi nomor telepon yang diperlukan sebelum otorisasi dan untuk pertanyaan-pertanyaan mengenai pengajuan klaim. Apabila pasien memiliki manfaat Medicare Part D, perlu juga mendokumentasikan *plan* obat resep spesifik dari pasien yang terdaftar serta informasi kontak terkait *plan* itu.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Dr. Brouhard membuat lembar rujukan untuk layanannya dan menyediakan bidang yang harus dilengkapi oleh dokter terkait mengenai jenis asuransi, nomor polis, kode ICD-9,

serta nomor dokter penyedia layanan. Dia berencana meminta dokter yang memberi rujukan untuk melengkapi lembar rujukan bagi tiap-tiap pasien yang mereka rujuk untuk layanan itu. Apabila pasien langsung menghubungi farmasis untuk mendapatkan layanan, dia akan menghubungi dokter yang memeriksa pasien tersebut untuk melengkapi lembar rujukan. Dalam upaya untuk sedapat mungkin menyederhanakan lembar rujukan, dia menyediakan kolom pengecekan untuk mengindikasikan jenis layanan yang diinginkan oleh dokter, frekuensi pengujian, dan kode ICD-9-CM. Dia memasukkan bagian-bagian untuk menandai edukasi diabetes, teknik injeksi insulin, pemantauan laboratorium, serta kolom tambahan untuk dokter dan perawat menuliskan instruksi khusus. Dengan informasi tersebut, dia akan mengetahui apakah dokter hanya menginginkan farmasis memberikan edukasi atau juga menginginkan pemantauan laboratorium (misalnya, hemoglobin A_{1c} dan kadar kolesterol puasa) dan seberapa sering uji itu akan dilakukan.

Lembar rujukan juga dilengkapi dengan kolom penanda bagi dokter untuk menandai kode ICD-9-CM yang sesuai. Untuk edukasi diabetes, dia memasukkan kode ICD-9 250.00 (yaitu, diabetes tipe 2 tanpa komplikasi dan terkontrol), 250.02 (yaitu, diabetes tipe tanpa komplikasi dan tidak terkontrol), dan bidang "lain" dengan kolom tambahan agar dokter dapat membubuhkan lebih banyak kode spesifik lain (Buck and Lockyear, 2007). Untuk komponen hiperlipidemia, dia juga telah memasukkan kode umum yang digunakan untuk mendeskripsikan kondisi-kondisi tersebut. Lembar rujukan disertai dengan pernyataan tentang keperluan medis dan kontak informasi untuk dokter dan pasien sehingga memungkinkan apotek dalam membuat kesepakatan kunjungan. Walaupun Dr. Brouhard menyukai lembar rujukan yang telah dibuatnya, dia berencana untuk merevisi lembar tersebut berdasarkan pengalamannya dan masukan dari dokter setelah penggunaan selama beberapa bulan. Dia ingin memastikan bahwa lembar rujukan digunakan semudah mungkin dan berisi informasi terlengkap yang dibutuhkan agar dia berhasil mengajukan klaim.

■ KESIMPULAN

Meskipun layanan bernilai tambah dapat meningkatkan layanan apotek yang sudah ada, layanan tersebut dapat dipertahankan dalam jangka panjang apabila secara finansial memungkinkan untuk dilaksanakan. Kompensasi yang cukup untuk layanan tersebut menjadi penting. Terdapat sejumlah strategi kompensasi, tetapi bervariasi berdasarkan perusahaan asuransi dan tataran fisik tempat layanan diberikan. Selain sebagai pembayaran atas perawatan pasien langsung, kompensasi dapat juga dibuat untuk tes dan prosedur laboratorium. Satu tantangan yang terus berlanjut

untuk profesi ini adalah mendapatkan pengakuan lebih luas mengenai farmasis sebagai penyedia layanan perawatan pasien secara langsung. Salah satu cara terbaik untuk mengakui layanan farmasis yang bernilai adalah melalui pembayaran langsung untuk layanan dan dengan meluluskan status penyedia layanan untuk farmasis.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Jenis strategi kompensasi apa yang pernah Anda lihat pada praktik farmasi? Apakah ada layanan lain yang ditawarkan oleh apotek Anda yang berkualifikasi untuk memperoleh kompensasi? Bagaimana menurut Anda agar strategi tersebut dapat ditingkatkan?
2. Jenis strategi kompensasi apa yang menurut Anda akan berhasil bila diterapkan pada tempat praktik Anda kelak?
3. Bagaimana Anda mengadaptasi strategi Dr. Brouhard untuk memperoleh kompensasi pada jenis layanan yang berbeda, misalnya untuk edukasi dan pemantauan asma, penurunan berat badan, atau konseling osteoporosis?
4. Informasi apa yang Anda inginkan dalam lembar rujukan untuk edukasi dan pemantauan asma, penurunan berat badan, atau layanan konseling osteoporosis?
5. Bagaimana Anda menyakinkan pembayar pihak ketiga atau pasien untuk membayar layanan Anda?
6. Bagaimana Anda meyakinkan legislator atau regulator pemerintah untuk memperluas kompensasi untuk perawatan pasien yang ada saat ini dengan menyertakan layanan yang diberikan oleh farmasis?

REFERENSI

- American Diabetes Association (ADA). 2007. Education Recognition Program. Tersedia di www.diabetes.org/for-health-professionals-and-scientists/recognition/edrecognition.jsp; di akses pada Mei 2007.
- American Medical Association (AMA). 2006. *CPT 2007 Standard Edition*. Chicago: AMA.
- American Pharmacists Association (APhA). 2007. CPT codes for MTM made permanent. Tersedia di www.pharmacist.com/AM/Template.cfm?Section=Newsroom&TEMPLATE=/CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=14126; diakses pada November 2007.
- Anonymous. 1998. Medicaid to pay Mississippi pharmacists for disease management. *Am J Health-Syst Pharm* 55:1238.
- Buck CJ, Lockyear KD. 2007. *Saunders 2007 ICD-9-CM*, Vols. 1, 2, and 3. St. Louis: Saunders.

- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2006. Guidelines for Payment for Diabetes Self-Management Training (DSMT); 6 Februari 2006. Tersedia di www.cms.hhs.gov/ContractorLearningResources/Downloads/JA5433.pdf; diakses pada 6 Februari, 2006.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2007a. Adult Immunizations, Provider Resources. Tersedia di www.cms.hhs.gov/AdultImmunizations/02_Providerresources.asp; diakses pada Mei 2007.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2007b. Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), Tests Granted Waived Status under CLIA. Tersedia di www.cms.hhs.gov/CLIA/10_Categorization_of_Test.asp; diakses pada Mei 2007.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2007c. List of Waived Tests—Updated April 1, 2007. Tersedia di www.cms.hhs.gov/CLIA/downloads/CR5484.waivedtbl.pdf.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2007d. Medicare Program—General Information, Medicare Part B. Tersedia di www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/03_Part%20B.asp; diakses pada Mei 2007.
- Department of Health and Human Services (DHHS), Office of the Inspector General. 2000a. Medicare program, prospective payment system for hospital outpatient services. *Fed Reg* 65:18433; Tersedia di www.gpoaccess.gov/fr/.
- Department of Health and Human Services (DHHS). 2000b. Program Memorandum Intermediaries/Carriers, Transmittal AB-00-67; 20 Juli, 2000. Tersedia di www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/ab0067.pdf.
- Department of Health and Human Services (DHHS). 2001a. Medicare Intermediary Manual, Vol. 3: Claims Process, Transmittal 1836; 15 Juni, 2001. Tersedia di www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1836A3.pdf.
- Department of Health and Human Services (DHHS). 2001b. Program Memorandum: Carriers, Transmittal B-01-40, Expanded Coverage of Diabetes Outpatient Self-Management Training; 15 Juni, 2001. Tersedia di www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/B0140.pdf.
- Department of Health and Human Services (DHHS). 2002a. Medicare Carriers's Manual. Vol. 3: Claims Process, Transmittal 1764; 28 Agustus, 2002. Tersedia di www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1764B3.pdf.
- Department of Health and Human Services (DHHS). 2002b. Medicare program: Approval of the Indian Health Service (IHS) as a national accreditation organization for accrediting American Indians and Alaska native entities to furnish outpatient diabetes self-management training. *Fed Reg* 67:13345; Tersedia di www.gpoaccess.gov/fr/.
- Hogue MD. 2002. *The Pharmacist's Guide to Compensation for Patient-Care Services*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Landis NT. 1998. Mississippi moves forward with disease specific credentialing. *Am J Health-Syst Pharm* 55:2452.
- Mensing C, Boucher J, Cypress M, et al. 2007. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 30:S96.
- Northwest Valley Chamber of Commerce. 2007. Sun City. Tersedia di www.northwestvalley.com/sun_city.php; diakses pada Mei 2007.
- One Hundred Eighth Congress of the United States of America. 2007. Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003. Tersedia di www.cms.hhs.gov/EmployerRetireeDrugSubsid/Downloads/MMAStatute.pdf; diakses pada Mei 2007.
- Poirier S, Buffington DE, Memoli G. 1999. Billing third-party payers for pharmaceutical care services. *J Am Pharm Assoc* 39:50.
- Snella KA. 1999. Specific billing scenarios. In *How to Bill for Clinical Pharmacy Services*. Kansas City: American College of Clinical Pharmacy.
- Snella KA, Sachdev GP. 2003. A primer for developing pharmacist-managed clinics in the outpatient setting. *Pharmacotherapy* 23:1153.
- Snella KA, Trewyn R, Hansen LB, et al. 2004. Pharmacist compensation for cognitive services: Focus on the physician office and community pharmacy. *Pharmacotherapy* 24:372.
- Social Security Administration. 2007. Compilation of the Social Security Laws, Part D: Miscellaneous Provisions (Sec. 1861s). Tersedia di www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.htm, diakses pada Mei 2007.

MENGEVALUASI LUARAN DARI LAYANAN BERNILAI TAMBAH APOTEK

Michelle A. Chui

Tentang penulis: Saat ini, Dr. Chui adalah Asisten Profesor di University of Wisconsin di Madison, Wisconsin. Beliau memperoleh gelar B.A. di bidang ilmu biologi dari University of California, Davis, gelar Pharm. D dari Creighton University dan gelar M.S. dan Ph.D. di bidang administrasi farmasi dari Purdue University. Wilayah penelitiannya terfokus pada identifikasi dan diseminasi bukti untuk meyakinkan betapa bernilainya peran farmasis komunitas pada keseluruhan sistem kesehatan serta memperbaiki gaya kerja farmasis komunitas sehingga mereka dapat fokus pada perawatan pasien.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendiskusikan aspek yang berbeda dalam model ECHO.
2. Mendeskripsikan perbedaan antar lima jenis analisis ekonomi.
3. Mendata keuntungan dan kerugian dari berbagai metode pengukuran luaran humanistik.
4. Mengidentifikasi tujuan layanan dan menentukan luaran yang perlu diukur oleh seorang farmasis dalam layanan bernilai tambah apotek.
5. Mengidentifikasi keuntungan dan kerugian berbagai metode yang digunakan untuk mengumpulkan data ketika mengevaluasi layanan bernilai tambah.
6. Mendata dan mendeskripsikan penggunaan evaluasi luaran.

■ SKENARIO

Cynthia Marshall adalah seorang farmasis yang bekerja pada sebuah apotek *Health Maintenance Organization* (HMO) dengan staf yang terbatas. Para farmasis di klinis tersebut memiliki akses pada kartu pasien yang dapat digunakan sebagai informasi pendukung yang diberikan pasien kepada staf apotek dan hal-hal yang tertulis pada resep. Cynthia menikmati bekerja pada apotek tersebut karena dia merasa bahwa informasi tambahan itu membantunya ketika menilai dan memberikan konseling pasien-pasiennya.

Cynthia bertemu dengan sejumlah penderita gagal jantung setiap bulannya. Pasien-pasien tersebut mengunjungi dokter mereka hanya satu kali dalam setahun. Dia memperhatikan bahwa kondisi pasien-pasien tersebut dapat segera membaik atau memburuk dan bahwa kondisi kesehatan mereka dapat segera berubah dari bulan ke bulan. Mereka biasanya mengeluh bahwa gejala yang mereka alami semakin buruk sehingga mereka harus mengunjungi unit gawat darurat. Dia berpikir bahwa pasien-pasien tersebut dapat memperoleh luaran lebih

baik apabila mereka mendapatkan edukasi yang lebih baik mengenai kondisi mereka dan kondisi mereka dimonitor lebih dekat.

Cynthia menghubungi para kardiolog di klinisnya dan menyampaikan ide bahwa dia dapat memulai klinis gagal jantung untuk menyediakan edukasi dan pemantauan tambahan untuk pasien-pasien tersebut. Meskipun para dokter dapat mengawasi klinis, dia dapat memberikan tambahan kegiatan berupa seminar edukasi setiap bulannya tentang gagal jantung untuk para pasien, memberi usulan dan menilai tes laboratorium, serta memberi usulan pengobatan dan penyesuaian dosis dibawah protokol yang disetujui dokter.

Karena banyaknya pasien HMO, Cynthia memperkirakan bahwa dia akan menghabiskan 50% dari waktunya untuk klinis gagal jantung. Karena apotek selalu sibuk, HMO akan mempekerjakan farmasis paruh waktu untuk mengambil alih pekerjaan peracikannya.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apa pentingnya mengukur data basis untuk tiap-tiap pasien dan/atau sekelompok pasien sebelum memulai klinis?
2. Bagaimana luaran dapat digunakan untuk membuktikan nilai dari layanan Anda?
3. Bagaimana para farmasis menggunakan pengukuran luaran untuk menilai keberhasilan layanan bernilai tambah mereka?
4. Jenis analisis ekonomi apa yang tepat untuk mengevaluasi layanan yang dideskripsikan dalam skenario di atas? Bagaimana seharusnya biaya dan luaran dihitung?
5. Apa pentingnya memilih sebuah perspektif sebelum memulai sebuah proyek? Bagaimana perspektif-perspektif itu saling berbeda?

■ PENDAHULUAN

Farmasis membuat banyak kontribusi untuk memperbaiki kualitas hidup pasien mereka sehari-hari. Kontribusi-kontribusi tersebut beragam mulai dari mengidentifikasi interaksi obat, memberikan konseling pada pasien tentang pengobatan mereka, atau bahkan menyediakan layanan bernilai tambah baru seperti klinis gagal jantung yang diusulkan oleh Cynthia Marshall dalam skenario di atas. Meskipun banyak farmasis ingin menawarkan layanan bernilai tambah sejenis, mereka tidak dapat mengesampingkan biaya langsung yang diperlukan. Bagaimana para farmasis dapat menyediakan layanan tersebut dan menunjukkan bahwa selain membantu pasien, mereka sebenarnya menurunkan keseluruhan biaya perawatan? Banyak studi telah dilakukan yang menunjukkan bahwa farmasis dapat membuat sebuah

perbedaan baik dalam hal biaya maupun dalam hal kualitas hidup pasien mereka (Cranor dan Christensen, 2003; Etemad dan Hay, 2003; McLean, Gillis, dan Waller, 2003). Bagaimana Cynthia Marshall dapat melakukan hal yang sama pada situasinya?

■ KERANGKA PERTANYAAN

Bagaimana seseorang memulai dokumentasi nilai layanan apotek? Tahap pertama adalah mendefinisikan masalah atau mencari jawaban atas pertanyaan kunci. Menyebutkan masalah di awal nampak cukup jelas, tetapi hal ini tidak selalu dilakukan. Banyak farmasis membuang waktu dan energi untuk menjawab pertanyaan yang kurang tepat. Sebagai contoh, seseorang dapat memulai dengan mendefinisikan masalah yang sangat luas seperti gagal jantung, yang terjadi karena kombinasi berbagai faktor dan menghasilkan begitu banyak luaran kesehatan. Mengevaluasi seluruh penyebab dan efek yang memungkinkan dari gagal jantung bisa jadi merupakan tugas yang berat sehingga masalahnya perlu dipersempit. Seseorang dapat mengevaluasi efek dari kepatuhan obat pasien penderita gagal jantung atau bahkan satu dari luaran tertentu gagal jantung (misalnya, tekanan darah atau kualitas hidup). Semakin sempit suatu masalah, semakin mudah hal tersebut dapat diatasi.

Setelah masalah ditetapkan, tahap selanjutnya adalah mendefinisikan tujuan. Masalah yang sangat luas akan menghasilkan penetapan tujuan yang luas pula. Apabila gagal jantung didefinisikan secara luas sebagai masalah, tujuannya dapat berupa penurunan jumlah pasien penderita gagal jantung. Akan tetapi, tidak ada metode spesifik yang ditujukan untuk mengurangi angka kejadian gagal jantung dan gagal jantung itu sendiri memiliki banyak luaran potensial. Di sisi lain, apabila masalah yang disebutkan lebih sempit, lebih sempit pula tujuan yang bisa dipelajari. Sebagai contoh, seseorang dapat melihat penurunan jumlah kejadian gagal jantung yang semakin parah karena dikaitkan dengan ketidakpatuhan akan pengobatan. Selain itu, tujuan spesifik lain dapat pula disertakan, seperti meningkatkan kualitas hidup pasien penderita gagal jantung, mengurangi jumlah obat yang digunakan oleh penderita gagal jantung, atau membuat pasien menjadi lebih sadar dalam bersikap serta terhadap modifikasi diet yang dikaitkan dengan gagal jantung.

Seluruh tujuan tersebut harus dapat diukur tanpa memedulikan apakah masalahnya luas atau sempit. Meskipun tampak jelas, beberapa tujuan (terutama apabila didefinisikan secara luas) dapat menjadi sulit, jika bukan mustahil, untuk diukur. Tujuan yang luas untuk mengurangi kejadian gagal jantung bisa jadi sulit untuk diukur karena begitu banyak faktor yang harus dipertimbangkan ketika bicara mengenai diagnosa gagal jantung. Di sisi lain, tujuan spesifik seperti

penurunan tekanan darah atau perbaikan kualitas hidup penderita gagal jantung lebih mudah dikuantifikasi dan diukur menggunakan metode-metode yang sebelumnya telah divalidasi.

Tahap ketiga adalah membangun kerangka kerja untuk mengevaluasi pertanyaan. Ketika membangun kerangka kerja, farmasis perlu mengetahui beberapa fakta mendasar tentang program dan penyakit yang mereka pelajari. Farmasis yang melakukan program ini, pertama-tama harus memprioritaskan tujuan dengan menentukan intervensi dan luaran yang paling perlu untuk dievaluasi. Sebagai contoh, Cynthia Marshall dapat berharap menentukan efek dari program pemantauan terhadap biaya perawatan (luaran ekonomis), tekanan darah (luaran klinis), dan kualitas hidup (luaran humanistik).

■ MEMILIH VARIABEL YANG DIUKUR

Banyak organisasi perawatan kesehatan melakukan kesalahan karena hanya memfokuskan pada satu bidang perawatan kesehatan ketika berusaha mengurangi biaya perawatan kesehatan keseluruhan. Mengevaluasi biaya dari aspek tunggal perawatan pasien yang terpisah dari aspek-aspek lain biasanya dikenal dengan nama *manajemen komponen*. Contoh dari manajemen komponen termasuk memfokuskan pada biaya obat atau tes laboratorium tanpa melihat pengaruh dari biaya keduanya terhadap keseluruhan biaya atau luaran kesehatan. Sayangnya, banyak studi kesehatan hanya memfokuskan pada satu jenis biaya tanpa mempertimbangkan keseluruhan perawatan pasien. Sebagai contoh, program New Hampshire's Medicare berusaha mengurangi biaya pengobatan dengan cara penekanan tanggungan hanya tiga resep per bulan. Strategi ini mengurangi keseluruhan biaya kesehatan, tetapi ada peningkatan pada sistem perawatan kesehatan keseluruhan terkait dengan rawat inap di rumah sakit dan masuk panti perawatan (Hsu et al., 2006).

Manajemen penyakit berusaha mempertimbangkan seluruh komponen individual dalam asuhan kesehatan untuk penyakit tertentu dengan pandangan ke arah luaran yang penting demi keberhasilan manajemen penyakit tersebut. Tidak hanya mempertimbangkan satu elemen pada satu waktu (misalnya, hanya biaya resep), manajemen penyakit berusaha mengendalikan penyakit dengan mengintegrasikan komponen-komponen asuhan kesehatan untuk memberikan luaran terbaik dengan biaya yang sangat terjangkau. Hasilnya, jumlah variabel yang diukur pada paradigma ini lebih besar dan lebih global. Ketika membuat perubahan dari satu komponen asuhan kesehatan, komponen lain perlu dipertimbangkan pula (Armstrong dan Langley, 1996; Patterson, 1995; Zitter, 1994).

Ketika mengidentifikasi variabel ekonomi, klinis, dan humanistik yang akan diukur, penting untuk mengintegrasikan

kan elemen-elemen dari seluruh komponen asuhan kesehatan. Pada skenario sebelumnya, Cynthia mencoba untuk mengelola pengobatan gagal jantung pasiennya. Karena dia adalah seorang farmasis, dia hanya dapat mengidentifikasi variabel yang berhubungan dengan pengobatan untuk diukur, seperti biaya obat atau jumlah resep yang diracik. Ketika mengevaluasi proyek ini dengan fokus pada manajemen penyakit, seseorang harus juga memperhitungkan banyaknya kunjungan rawat inap, kunjungan unit gawat darurat, biaya laboratorium, kunjungan dokter, dan faktor-faktor lain berkaitan dengan perawatan pasien apabila variabel-variabel tersebut tersedia untuknya.

Ketika seseorang menentukan luaran yang akan diukur, ia harus pula mengingat-ingat perspektif pihak yang akan menerima manfaat dari luaran intervensi itu. Meskipun pada praktiknya setiap program manajemen penyakit dapat dievaluasi dari perspektif pasien (misalnya, Apakah kesehatan dan kualitas hidup pasien meningkat? Apakah biaya pasien lebih hemat?), terdapat perspektif penting lain yang luarannya dapat dipertimbangkan pula (Drummond, Stoddard, dan Torrance, 1986). Perspektif tersebut antara lain berasal dari penyedia asuhan kesehatan (misalnya, Apakah kepuasan kerja farmasis meningkat sebagai akibat dari penyediaan layanan?), departemen (misalnya, Apakah program itu mengurangi biaya obat pada apotek?), organisasi (misalnya, Apakah program itu mengurangi biaya perawatan pasien gagal jantung anggota HMO?), dan bahkan masyarakat (misalnya, Apakah program mengurangi prevalensi gagal jantung di masyarakat?). Tidak setiap luaran dari tiap perspektif perlu dipertimbangkan saat tahap evaluasi. Farmasis harus melihat kembali pertanyaan, tujuan, dan kerangka kerja semula ketika menentukan variabel yang harus diukur.

■ MENGIDENTIFIKASI VARIABEL PERANCU YANG DAPAT MEMENGARUHI LUARAN

Setelah mengidentifikasi pertanyaan penelitian, mempelajari tujuan, dan variabel yang akan dievaluasi, farmasis juga perlu memikirkan variabel lain yang dapat memengaruhi hasil penelitian. Sebagai contoh, Cynthia Marshall berharap mengevaluasi pengaruh layanan pemantauannya terhadap biaya perawatan pasien tersebut dari perspektif HMO. Hasilnya menunjukkan bahwa pasien yang menggunakan layanannya memiliki biaya perawatan lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapatkannya. Hanya berdasarkan temuan itu, seseorang dapat menyimpulkan bahwa layanannya adalah cara yang efektif untuk menurunkan biaya perawatan pasien gagal jantung. Akan tetapi, pada pengujian lebih lanjut, ditemukan bahwa banyak dari pasien yang menerima layanan itu memiliki derajat gagal

jantung rendah sampai sedang dan hanya memiliki satu atau dua penyakit. Sedangkan mereka yang menolak berpartisipasi memiliki derajat gagal jantung sedang sampai tinggi dan menderita berbagai macam penyakit.

Apakah hal ini berarti bahwa layanan tersebut tidak mempunyai yang efek positif? Sebenarnya, ini berarti bahwa hasilnya tidak jelas. Beratnya derajat gagal jantung dan jumlah penyakit dapat membaurkan hasil penelitian. Sebagai contoh, sebuah layanan mungkin tidak menghemat keuangan HMO, tetapi fakta bahwa mereka yang menggunakan layanan tersebut (pasien dengan derajat penyakit relatif rendah) pada umumnya mempunyai biaya perawatan lebih rendah dibandingkan mereka yang tidak menggunakan layanan itu (pasien dengan kondisi lebih parah), membuatnya terlihat seperti itu. Variabel mana pun yang juga berpengaruh pada hasil tetapi bukan variabel utama yang sedang dievaluasi dikenal sebagai *variabel perancu*.

Penting untuk meminimalkan atau mengontrol pengaruh variabel perancu pada setiap program. Karena itu, penting untuk mengidentifikasi semua variabel yang memungkinkan yang dapat memiliki efek pada hasil utama. Hal ini biasanya termasuk variabel demografis seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan, dan etnis. Variabel yang berkaitan dengan kesehatan seperti komorbiditas dan keparahan penyakit juga harus dicatat. Variabel-variabel yang tidak dapat diukur juga perlu diidentifikasi, antara lain pendidikan lain, perubahan struktur atau sistem pendukung keluarga, dan perubahan drastis pada status kesehatan yang tidak berkaitan dengan penyakit.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Cynthia berniat mengimplementasikan layanan baru yang mengelola pengobatan pasien gagal jantung HMO. Pertanyaan yang diajukan oleh HMO antara lain: "Berapa besar biaya layanan tersebut?" serta "Apakah intervensi yang dilakukan farmasis akan mengurangi jumlah kunjungan rawat inap dan unit gawat darurat?" Cynthia mempunyai pertanyaan tambahan: "Apakah intervensi yang akan saya lakukan dapat meningkatkan kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan pasien saya?" dan "Apakah pasien saya akan mempunyai kepuasan lebih baik atas kualitas perawatan pasien dibandingkan dengan layanan yang pernah mereka terima sebelumnya?"

Tujuan Cynthia adalah mengurangi angka kunjungan rawat inap dan unit gawat darurat dengan cara meningkatkan kepatuhan pengobatan gagal jantung, mendidik pasien tentang penyakit mereka dan bagaimana melakukan diet dan modifikasi perilaku, serta memperbaiki kualitas hidup berkaitan dengan kesehatan pasien dan juga kepuasan pasien dengan perawatan.

Penelitiannya tentang gagal jantung memberikan informasi tentang jenis variabel apa yang harus dikumpulkan. Penderita gagal jantung menunjukkan gejala penurunan toleransi olahraga, sesak napas, peningkatan kelemahan, dan terbentuknya cairan pada paru dan jaringan. Para penderita gagal jantung juga dikelompokkan secara klinis berdasarkan derajat kecacatan mereka sehingga perlu dilakukan intervensi jangka panjang dan menyediakan titik acuan ketika membandingkan dengan pasien yang lain. Sistem klasifikasi ini merupakan system New York Heart Association (NYHA) Functional Classification dan memiliki rentang dari kelas fungsional I (tidak ada batasan aktifitas fisik) hingga kelas fungsional IV (tidak mampu melakukan aktivitas fisik tanpa ketidaknyamanan) (Criteria Committee, 1973).

Cynthia juga menemukan bahwa kondisi gagal jantung adalah penyebab terbanyak bagi pasien usia lebih dari 65 tahun menjalani rawat inap. Angka harapan hidup sejak pasien terdiagnosis adalah 1,7 tahun untuk laki-laki dan 3,2 tahun untuk wanita (Ho et al., 1993). Cynthia menyadari bahwa dia perlu mengumpulkan variabel demografis serta beberapa variabel lain. Variabel demografis berkaitan dengan umur, jenis kelamin, status perkawinan, suku, tingkat pendapatan, dan kondisi mental.

■ MODEL ECHO

Penelitian luaran didefinisikan sebagai studi yang berusaha untuk mengidentifikasi, mengukur, dan mengevaluasi hasil akhir layanan kesehatan. Penelitian luaran tidak hanya mengevaluasi pengaruh klinis dari layanan asuhan kesehatan, tetapi saja juga pengaruh ekonomi dan humanistik. Pendukung penelitian luaran percaya bahwa kita harus mengukur tidak hanya pengaruh klinis dan biaya terhadap kesehatan, tetapi juga mempertimbangkan faktor kualitas hidup dan kepuasan (Bootman, Townsend, dan McGhan, 1996).

Banyak orang menyebutkan bahwa evaluasi terhadap terapi obat dan layanan bernilai tambah farmasis harus mencakup penilaian luaran ekonomis, klinis, humanistik. Model luaran ekonomi, klinik, dan humanistik (ECHO = *economic, clinical, humanistic outcomes*) mengasumsikan bahwa luaran perawatan medis dapat diklasifikasikan sesuai dengan tiga dimensi luaran ekonomi, klinik, dan humanistik (Kozma, Reeder, dan Schultz, 1993). *Luaran klinik* didefinisikan sebagai kejadian medis yang muncul sebagai akibat dari penyakit atau perawatan. *Luaran ekonomi* didefinisikan sebagai biaya langsung, tidak langsung, dan tidak berwujud dibandingkan dengan konsekuensi dari alternatif perawatan medis. *Luaran humanistik* didefinisikan sebagai konsekuensi dari penyakit atau perawatan pada status fungsional atau kualitas hidup pasien. Ketiga luaran tersebut perlu diseimbangkan secara terus-menerus untuk melakukan penilaian.

Luaran Ekonomi

Pengukuran penahanan-biaya tradisional tidak selalu sejalan dengan perbaikan perawatan pasien. Jadi, perhatian harus dialihkan menjadi demonstrasi nilai perawatan kesehatan. Evaluasi sepenuhnya terhadap biaya dan konsekuensi yang relevan membedakan penelitian luaran dari strategi penahanan pengeluaran biaya. *Biaya* merupakan nilai dari sumber daya yang digunakan oleh program atau alternatif perawatan. *Konsekuensi* didefinisikan sebagai efek, hasil, dan luaran dari program atau alternatif perawatan (Eisenberg, 1989).

Biaya langsung adalah sumber daya yang digunakan dalam pencegahan, pendeteksian, atau perawatan penyakit atau sakit. Biaya tersebut dapat dibedakan menjadi biaya medis langsung dan biaya nonmedis langsung. *Biaya medis langsung* adalah transaksi keuangan spesifik yang dikaitkan dengan pembayaran perawatan medis, seperti rawat inap rumah sakit, obat, alat medis, dan kunjungan dokter. *Biaya nonmedis langsung* melibatkan transaksi keuangan untuk barang atau layanan yang diperlukan yang tidak mencakup pembelian perawatan kesehatan. Contohnya mencakup transportasi ke fasilitas medis, makanan khusus, dan waktu kerja anggota keluarga yang hilang karena merawat anggota keluarga yang sakit.

Biaya tidak langsung adalah biaya yang dihasilkan dari morbiditas dan mortalitas. Biaya-biaya tersebut dikaitkan dengan perubahan produktivitas kerja, seperti biaya akibat ketidakhadiran kerja, biaya akibat penurunan produktivitas meskipun hadir di tempat kerja atau biaya kematian sebelum waktunya. *Biaya takberwujud* adalah biaya akibat luaran penyakit atau perawatan medis yang tidak dapat diukur secara finansial dan tidak dapat digambarkan dalam istilah keuangan. Hal ini mencakup nyeri, penderitaan, atau kesedihan.

Evaluasi ekonomi untuk perawatan medis dapat terjadi dari berbagai perspektif. Perspektif atau cara pandang tersebut akan memengaruhi biaya dan konsekuensi yang diidentifikasi, diukur, dan dibandingkan pada sebuah program atau alternatif perawatan. Evaluasi ekonomi dapat dilakukan dari perspektif tunggal ataupun majemuk. Perspektif umum adalah perspektif-perspektif dari pasien, penyedia layanan, pembayar/penjamin, dan masyarakat. Terdapat perbedaan tipis antara perspektif-perspektif tersebut. Seorang pasien dapat saja sangat memperhatikan kualitas hidup, derajat nyeri, kemampuan menemui penyedia layanan kesehatan, atau berapa banyak waktu yang dihabiskan saat menjalani rawat inap atau berada di panti perawatan, selain memperhatikan biaya aktual perawatan kesehatan langsung. Akan tetapi, pembayar hanya tertarik pada biaya langsung perawatan kesehatan terhadap organisasinya. Pada kenyataannya, meskipun seorang pasien yang berada pada kondisi kritis masih berusaha untuk memperpanjang usia hidupnya, pihak

pembayar mungkin melihat hal ini sebagai prospek yang mahal.

Selain itu, ada pula perbedaan-perbedaan antara perspektif pembayar dan sosial. Banyak dari pihak pembayar berasumsi bahwa pasien tidak akan ditanggung sesuai *plan* asuransi sepanjang hidup mereka sehingga intervensi mahal yang memberi manfaat jangka waktu panjang cenderung untuk diperkecil (misalnya, program skrining untuk penyakit yang ditujukan untuk lanjut usia). Akan tetapi, dari perspektif sosial, skrining tersebut akan tepat karena mampu mengidentifikasi risiko pasien sedini mungkin. Pada jangka waktu yang lama, skrining semacam ini bermanfaat berdasarkan perspektif sosial.

Jenis Evaluasi Ekonomi

Tugas dasar evaluasi ekonomi adalah mengidentifikasi, mengukur, menilai, serta membandingkan biaya dan konsekuensi dari alternatif yang dipertimbangkan. Karena itu, evaluasi ekonomi menyeluruh harus memiliki dua fitur: perbandingan dari dua atau lebih alternatif perawatan serta alternatif biaya dan konsekuensi yang sedang diuji. Lima jenis analisis ekonomi dapat digunakan untuk menguji alternatif perawatan: analisis biaya penyakit, analisis minimalisasi biaya, analisis manfaat-biaya, analisis efektifitas biaya, dan analisis utilitas biaya.

Analisis biaya penyakit mengidentifikasi semua biaya baik langsung maupun tidak langsung dari penyakit atau sakit tertentu dari perspektif tertentu (misalnya, pasien, pembayar, atau masyarakat). Metode ini, sering disebut sebagai *beban penyakit*, yang merupakan perbandingan total biaya penyakit dengan biaya penerapan sebuah strategi pencegahan atau perawatan.

Analisis minimalisasi biaya adalah alat yang digunakan untuk membandingkan dua atau lebih alternatif perawatan yang diasumsikan memiliki kemanjuran yang setara. Hal ini semata-mata membandingkan biaya langsung dan tidak langsung dari alternatif perlakuan dalam bentuk uang dan tidak mempertimbangkan hasil perlakuan (karena diasumsikan sama). Contohnya antara lain membandingkan biaya bentuk sediaan intravena versus oral dari obat yang sama atau manajemen nyeri pemberian intravena di rumah sakit versus pemberian intravena di rumah.

Analisis manfaat-biaya digunakan ketika luaran dapat diekspresikan dalam bentuk keuangan, seperti jumlah uang yang dihemat HMO ketika menerapkan program baru. Biaya langsung dan tidak langsung yang ditimbulkan dari program atau intervensi diukur ketika muncul dan manfaat yang diperoleh dari program atau intervensi diidentifikasi dan dikonversikan ke dalam nilai dolar pada tahun terjadinya. Kedua nilai tersebut kemudian diekspresikan sebagai rasio nilai dolar dari biaya program atau intervensi terhadap nilai dolar dari luaran yang muncul sebagai hasil dari program

atau intervensi. Sebagai contoh, apabila biaya yang dikaitkan dengan layanan baru pemantauan gagal ginjal adalah \$100 tiap pasien dan sebagai hasil dari layanan tersebut HMO menghemat perawatan rumah sakit sebesar \$1000 tiap pasien, maka rasio manfaat-biaya dapat diekspresikan sebagai manfaat, \$1000, dibagi dengan biaya, \$100, yaitu sebesar 10:1. Rasio ini dapat diinterpretasikan bahwa layanan tersebut menghasilkan manfaat sebesar \$10 untuk setiap pengeluaran \$1. Hasil tersebut juga dapat diinterpretasikan dengan mengurangi biaya dari manfaat atau, pada contoh tersebut, bermanfaat sebesar \$900 per pasien.

Analisis efektivitas-biaya digunakan ketika alternatif perlakuan tidak ekuivalen secara terapeutik atau ketika luaran tidak dapat diekspresikan dalam satuan keuangan. Biaya diukur dalam unit keuangan dan luaran diekspresikan dalam hal memperoleh tujuan terapeutik tertentu, seperti kasus penyembuhan, nyawa terselamatkan atau penurunan milimeter raksa untuk tekanan darah. Dengan analisis ini seseorang dapat merangkum manfaat dan sumber daya yang digunakan oleh dua atau lebih program yang berkompetisi sehingga pembuat kebijakan dapat memilih salah satu diantaranya (Detsky dan Naggi, 1990; Doubilet, 1986). Sebagai contoh, obat A berharga \$100 dan menurunkan kolesterol LDL sebanyak 10 mg/dL, sedangkan obat B berharga \$250 dan menurunkan kolesterol LDL sebanyak 20 mg/dL. Dengan menggunakan analisis efektivitas biaya untuk menghitung rasio biaya terhadap manfaat dari tiap-tiap alternatif memberi hasil berupa: pada biaya \$10 terjadi penurunan kolesterol LDL sebanyak 1 mg/dL untuk obat A dan pada biaya \$12.5 terjadi penurunan kolesterol LDL sebanyak 1 mg/dL untuk obat B. Berdasarkan analisis ini, obat A dapat dikatakan lebih efektif dari segi biaya dibanding dengan obat B.

Analisis utilitas-biaya digunakan ketika kualitas hidup adalah luaran paling penting yang akan diteliti. Biasanya, analisis ini dilakukan pada penyakit yang mementingkan apa yang dirasakan atau yang dapat dilakukan seseorang dibandingkan dengan nilai luaran klinik atau luaran ekonomi (misalnya, penyakit kronis seperti penyakit jantung, diabetes, artritis, kanker, atau HIV/AIDS). Analisis ini membandingkan biaya langsung dan tidak langsung dari intervensi dengan beberapa tingkat luaran humanistik yang dapat diukur seperti kualitas hidup atau tingkat kepuasan. Biaya langsung dan tidak langsung dari alternatif perlakuan

sekali lagi diekspresikan dalam istilah keuangan. Luanan humanistik yang dihubungkan dengan tiap intervensi dapat diekspresikan sebagai skor survei kesehatan untuk kualitas hidup SF-12 atau SF-36 (Ware, 1997), sebagai skor survei kepuasan (MacKeigan dan Larson, 1989), atau sebagai *quality-adjusted life years* (QALY). QALY menunjukkan jumlah keseluruhan tahun ketika seseorang berada pada kesehatan penuh yang dinilai ekuivalen dengan jumlah tahun selama menderita penyakit. Sebagai contoh, dalam satu tahun penuh seorang pasien tidak menderita penyakit akan sama dengan 1,0 QALY, sementara satu tahun yang memerlukan pasien membawa tabung oksigen untuk bernafas dapat dinilai secara signifikan lebih rendah, mungkin sebagai 0,5 QALY.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Dalam rangka menentukan jenis analisis apa yang akan dilakukan, Cynthia harus mengidentifikasi seluruh biaya berkaitan dengan proyeknya. Dia membuat tabel untuk mengidentifikasi semua biaya yang mungkin ada dari setiap perspektif (lihat Tabel 27-1).

Ketika menentukan metode analisis ekonomi yang harus digunakan, dia mengeliminasi analisis minimalisasi biaya karena alternatif perlakuan (layanan versus tanpa layanan) tidak akan memberikan hasil yang ekuivalen. Analisis efektivitas-biaya tidak tepat karena dia hanya tertarik pada satu program saja. Analisis utilitas-biaya juga tidak tepat karena kualitas hidup, meskipun disertakan dalam program, bukanlah merupakan fokus dari programnya. Analisis manfaat-biaya dapat menjadi analisis yang tepat. Analisis manfaat-biaya menyaratkan agar baik intervensi maupun luaran dinilai dalam bentuk unit keuangan. Dia dapat menentukan biaya medis dan/atau nonmedis langsung untuk tiap-tiap pasien dari data yang diperoleh dari HMO-nya. HMO sangat memperhatikan masalah biaya, baik biaya untuk mengimplementasikan layanan maupun biaya yang dapat dihemat. Cynthia memutuskan bahwa analisis yang paling dapat dipahami untuk ditunjukkan pada HMO adalah analisis manfaat-biaya.

Penggunaan Luanan Ekonomi

Banyak manfaat dapat direalisasi setelah menerapkan prinsip farmakoekonomi dan metode untuk mengevaluasi

Biaya-biaya Gagal Jantung	
Biaya langsung	Biaya nonmedis
Berkas medis	Biaya rumah sakit
Biaya obat-obatan	Biaya tenaga kesehatan
Biaya transportasi	Biaya makanan
Biaya komunikasi	Biaya hiburan
Biaya pendidikan	Biaya rekreasi
Biaya kesehatan	Biaya lain-lain

layanan farmasi. Penilaian ekonomi dapat membantu menyeimbangkan biaya dan luaran ketika menentukan barang dan layanan dari perawatan kesehatan yang paling efisien. Penilaian ekonomi berguna dalam mengoptimalkan pembuatan keputusan klinis. Keputusan yang meliputi manajemen formularium, pedoman praktik, kebijakan obat, perlakuan pasien individual, dan alokasi sumber daya adalah semua hal yang disepakati untuk penilaian ekonomi.

Analisis keputusan adalah teknik yang digunakan dalam evaluasi ekonomi untuk membuat struktur urutan analisis secara logis dan kronologis. Ini merupakan metode yang sistematis dan kuantitatif untuk mendeskripsikan masalah-masalah klinis, mengidentifikasi rangkaian kegiatan yang memungkinkan, menilai kemungkinan dan nilai dari luaran, dan membuat perhitungan untuk memilih rangkaian kegiatan yang optimal. Sebuah alat yang digunakan dalam analisis keputusan adalah tabel keputusan atau pohon keputusan. *Bagan keputusan*, ditunjukkan pada Gambar 27-1, memungkinkan seseorang untuk memaparkan seluruh alternatif perlakuan yang sedang dibandingkan, luaran-luaran yang relevan dikaitkan dengan alternatif tersebut, dan kemungkinan luaran tersebut terjadi dalam populasi pasien dalam bentuk grafik. Ini dapat mengonversi secara aljabar seluruh variabel tersebut ke dalam satu kesimpulan pengukuran, seringkali sebuah rasio efektivitas-biaya, untuk membandingkan dua atau lebih alternatif perlakuan (Barr dan Schumacher, 1994; Crane, 1988).

Dalam evaluasi ekonomi, ada kebutuhan untuk berasumsi tentang variabel dalam analisis. Sebagai contoh, asumsi yang dibuat pada umumnya meliputi insiden efek yang tidak diharapkan, efikasi (dalam percobaan klinis) dan efektivitas (digunakan dalam praktik sebenarnya), obat, serta biaya obat atau biaya medis langsung lainnya. Penting diingat bahwa asumsi hanyalah semata-mata *prediksi* tentang apa yang peneliti kira akan terjadi sebagai hasil dari program atau intervensi. Untuk memperhitungkan variasi hasil yang akan timbul dalam setiap intervensi, seseorang harus menggunakan teknik yang dikenal sebagai *analisis sensitivitas*. Analisis sensitivitas adalah alat yang menguji ketahanan atau kekuatan hasil dan kesimpulan evaluasi ekonomi dengan cara membuat

asumsi-asumsi berbeda tentang luaran berupa kisaran hasil yang dapat dipercaya. Dalam analisis sensitivitas, peneliti mengidentifikasi satu parameter, mempertahankan parameter evaluasi lain agar konstan, dan menghitung ulang hasil menggunakan kisaran parameter terpilih. Hasil dari analisis sensitivitas dapat menentukan apakah hasilnya "sensitif" untuk sejumlah parameter terpilih. Apabila perubahan nilai dari variabel spesifik tidak mengubah hasil secara substansial, hasil temuan pertama akan dapat dipercaya.

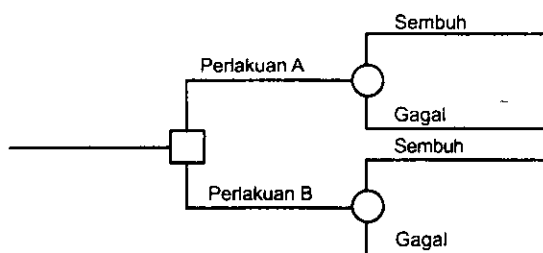
Sebagai contoh, ketika membandingkan dua antibiotika, satu mempunyai efikasi 80% dan yang lain memiliki efikasi 95%. Apabila harga keduanya sama, jelas bahwa antibiotika kedua lebih baik karena pasien akan memperoleh manfaat lebih besar dengan harga yang sama. Dalam analisis sensitivitas, peneliti dapat menyesuaikan asumsi yang dibuat tentang persentase efikasi atau biaya obat untuk menentukan apakah antibiotika kedua masih merupakan obat terbaik.

Luaran klinik

Untuk para profesional perawatan kesehatan, variabel yang paling jelas yang harus dituju ketika mengevaluasi setiap intervensi medis apapun adalah luaran klinik. Setiap layanan bernilai tambah dapat menyebutkan bahwa pasien akan menerima perawatan terbaik apabila diberi dengan layanan tersebut. Luaran klinik bervariasi untuk tiap-tiap, penyakit tetapi harus mencakup pengobatan yang bersangkutan (misalnya: resep, nonresep, dan herbal), efek samping atau efek yang tidak diharapkan dari penyakit atau pengobatan, hasil laboratorium yang digunakan, kondisi fisik yang terdokumentasi, dan penggunaan tenaga kesehatan atau layanan lain.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Di apotek milik Cynthia, para penderita penyakit jantung biasanya menerima beberapa pengobatan untuk penyakitnya: diuretik, beta bloker, dan *angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor*. Pasien yang menderita penyakit lebih berat dapat juga menerima penghambat aldosteron, seperti spironolakton, digoksin, hidralazin nitrat, dan/atau penghambat reseptor angiotensin (*angiotensin-receptor blocker, ARB*). Beberapa pasien juga mendapatkan oksigen. Pasien juga perlu untuk sering melakukan tes laboratorium untuk menguji kadar kalium dan serum kreatinin. Selain itu, tekanan darah, berat badan, derajat edema, dan sesak nafas diukur dan kemudian dikelompokkan sesuai klasifikasi NYHA (I, II, III, atau IV). Untuk layanan gagal jantung di apotek, tiap-tiap data klinis tersebut akan dicatat pada data basis dan pada kunjungan farmasis berikutnya. Penanda klinis lain yang ingin diukur oleh Cynthia meliputi insiden efek samping dan efek yang tidak diharapkan dari obat.



Gambar 27-1. Pohon/bagan keputusan.

Luaran Humanistik

Kualitas hidup merujuk pada evaluasi untuk seluruh aspek kehidupan kita, meliputi di mana kita hidup, bagaimana kita hidup, bagaimana kita berperan, dan bagaimana kita bekerja. Kualitas hidup berkenaan dengan kesehatan (HRQL = *health-related quality of life*) hanya mencakup aspek-aspek kehidupan yang secara signifikan didominasi atau dipengaruhi oleh kesehatan personal atau aktivitas yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kesehatan. HRQL didefinisikan sebagai sebuah konsep multidimensi merujuk pada kesejahteraan total seseorang, meliputi gejala fisik, kemampuan fungsional, dan persepsi. Komponen pertama, yaitu gejala fisik, meliputi gejala yang dikaitkan dengan penyakit dan pengaruh gejala tersebut pada kemampuan fungsional dan persepsi. Komponen kedua, yaitu kemampuan fungsional, artinya menggabungkan aktivitas perawatan pribadi, area interpersonal, dukungan sosial, tidur, dan fungsi intelektual, seperti meniru dan emosi. Komponen ketiga, yaitu persepsi, melibatkan penilaian tentang status kesehatan seseorang. Kemajuan di bidang ilmu medis telah meningkatkan perhatian pada HRQL karena perawatan medis tidak lagi hanya terbatas pada perawatan untuk mencegah kematian (Coons and Kaplan, 1993).

Kuesioner terstandar digunakan untuk memperoleh data HRQL pada lingkup bervariasi. Kuesioner terstandar tersebut dapat dilengkapi sendiri atau dengan wawancara melalui telepon atau tatap muka, melalui pengamatan, atau survei melalui pos. Terdapat dua pendekatan mendasar pada pengukuran HRQL: instrumen umum yang memberikan ringkasan kualitas hidup berkaitan dengan kesehatan dan instrumen spesifik yang memfokuskan pada masalah-masalah yang berkaitan dengan penyakit individual, kelompok pasien, atau bidang fungsional lain.

Instrumen umum dapat diaplikasikan pada beragam pasien. Kemampuan untuk dapat diaplikasikan secara luas

ini disebabkan oleh instrumen ini mencakup spektrum yang lengkap tentang fungsi, kecacatan, dan derajat kesulitan yang relevan dengan HRQL. Instrumen tersebut dirancang untuk digunakan pada kondisi yang beragam, tetapi mungkin tidak fokus pada aspek HRQL yang ingin diteliti dan mungkin tidak responsif untuk perubahan kecil yang penting secara klinis. Beberapa contoh instrumen umum adalah *Sickness Impact Profile* dan *Medical Outcomes Study Short Forms 36* dan *12* (SF-36 dan SF-12) (Ware, 1991).

Untuk mengevaluasi aspek HRQL yang spesifik untuk kondisi atau penyakit tertentu, dapat digunakan alat ukur tertentu. Instrumen spesifik hanya mencakup aspek penting dari HRQL yang relevan terhadap pasien yang sedang diteliti, seperti hilangnya fungsi pasien akibat menderita asma atau nyeri yang dialami karena artritis. Kerugian penggunaan instrumen spesifik adalah karena sifatnya yang tidak komprehensif dan tidak dapat digunakan untuk membandingkan antar kondisi berbeda. Instrumen tersebut juga tidak dapat mengukur efek samping atau kondisi yang tidak terduga. Contoh dari instrumen spesifik untuk gagal jantung adalah *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* dan *Chronic Heart Failure Questionnaire* (Guyatt et al., 1992; Rector, Kubo, dan Cohn, 1987).

Bidang lain dari luaran humanistik yang penting untuk diukur adalah kepuasan pasien. *Kepuasan* didefinisikan sebagai sejauh mana kebutuhan dan keinginan individu terpenuhi. Hal ini dihubungkan dengan sikap terhadap sistem perawatan medis, begitu juga harapan dan persepsi mengenai kuantitas dan kualitas perawatan yang diterima.

Dalam sepuluh tahun terakhir, industri kesehatan mulai mengakui pentingnya kepuasan terhadap layanan karena pasien semakin diakui sebagai konsumen. Survei-survei kepuasan konsumen atau pasien telah berevolusi dari alat pemasaran menjadi alat ukur kualitas. Kenyataannya, tingkat kepuasan dengan perawatan kesehatan berkaitan langsung dengan kesediaan mematuhi rekomendasi medis, angka

Poin dari Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire	
Umum	Layanan farmasi yang saya peroleh telah mendekati sempurna. Saya sangat puas dengan layanan farmasi yang saya peroleh.
Aspek finansial	Saya senang dengan tanggungan obat yang ada dalam plan asuransi medis saya. Copayment/atas tagihan untuk obat-obat resep kepada saya adalah layak.
Kompetensi teknis	Farmasis selalu teliti. Saya percaya bahwa farmasis meracik seluruh resep dengan benar.
Penjelasan	Apabila saya memiliki pertanyaan tentang resep saya, farmasis selalu siap untuk membantu saya. Farmasi mengetahui bagaimana menjelaskan sesuatu dengan cara yang dapat saya pahami.
Pertimbangan	Farmasi menghabiskan waktunya sebanyak yang dibutuhkan untuk saya. Resep saya selalu segera diracik dengan segera.

Sumber: Mackenzie dan Larson, 1989.

penggantian penyedia layanan, dan pembatalan kesediaan ikut serta dalam *plan* kesehatan prabayar (Rossiter et al., 1989). Selain itu, tingkat kepuasan pasien berkorelasi negatif dengan kesediaan untuk melakukan gugatan malpraktik. Artinya, orang yang kurang puas dengan perawatan kesehatan cenderung menggugat tenaga kesehatan tersebut (Rubin, et al., 1993).

Seperti halnya survei HRQL, instrumen kepuasan pasien dirancang sebagai instrumen baik umum maupun spesifik. Salah satu instrumen yang paling sering digunakan adalah Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ). Survei ini mengukur kepuasan secara umum, dan juga domain spesifik mengenai kualitas teknis, sikap interpersonal, komunikasi, aspek finansial, waktu yang dihabiskan dengan dokter, dan kemampuan mengakses perawatan (Fincham dan Wertheimer, 1987; Karson dan MacKeigan, 1994; MacKeigan dan Larson, 1989).

Survei yang secara spesifik mengukur layanan farmasi untuk pasien rawat jalan juga telah dikembangkan, terutama dengan menggunakan Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire. Ini merupakan survei yang terdiri dari 45 poin yang telah diadaptasi dari PSQ dan uji untuk pertimbangan, penjelasan, kompetensi teknis, aspek finansial, dan masalah-masalah umum. Tabel 27-2 menunjukkan contoh poin tersebut (MacKeigan dan Larson, 1989).

Meskipun analisis ekonomi dan humanistik biasanya dilakukan dengan menggunakan perspektif pihak pembayar atau perusahaan asuransi, perspektif dari pimpinan perusahaan juga perlu diperhitungkan. Untuk memenuhi kebutuhan evaluasi dari pimpinan perusahaan, fungsi kerja dapat diukur sebagai luaran humanistik. Biasanya, fungsi kerja telah diukur sebagai jumlah hari kerja yang hilang (ketidakhadiran). Akan tetapi, pengukuran ini telah menjadi lebih spesifik dan dapat diukur sebagai pengurangan kapasitas produktivitas (kehadiran). Penyakit yang dapat menyebabkan penurunan produktivitas kerja antara lain migrain, alergi rinitis, dan depresi.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Cynthia menemukan bahwa penderita gagal jantung melaporkan sejumlah gejala fisik yang memengaruhi HRQL, seperti *dyspnea*, kelemahan, anoreksia, *cachexia*, edema, kurang tidur, hilangnya perhatian, dan gangguan ingatan. Kemampuan fungsional seperti masalah dengan interaksi sosial, depresi, dan lemahnya penyesuaian psikososial juga memengaruhi populasi pasien ini. Selain itu, telah ditemukan anggapan status kesehatan para penderita gagal jantung lebih rendah dibandingkan dengan para penderita penyakit kronis yang lain (Bohachick dan Anton, 1990; Freedland, Carnet, and Rich, 1991; Grady et al., 1992; Kolar dan Dracup, 1990; Rideout dan Montemuro, 1986).

Sebagai tambahan pada analisis yang diminta HMO, Cynthia tertarik untuk mengukur luaran humanistik dan berpikir tentang pentingnya mengumpulkan informasi tentang HRQL dari pasien-pasiennya, selain mengukur luaran klinik dan ekonomi. Dia memilih menggunakan SF-12 dan Chronic Heart Failure Questionnaire untuk menilai HRQL. Dia juga memilih menggunakan beberapa pertanyaan dari Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire untuk menentukan apakah pasien puas dengan layanan klinisnya.

Cynthia tertarik untuk mengukur ketidakhadiran kerja serta penurunan produktivitas karena sesak napas dan kelelahan. Akan tetapi, dia menyadari bahwa data tersebut akan sulit diperoleh dari pasien dan perusahaan mereka, sehingga dia memilih untuk tidak mengumpulkan data tersebut saat ini.

■ PENGUMPULAN DATA

Setelah pertanyaan, tujuan, variabel, dan metode analisis penelitian diidentifikasi, peneliti harus menentukan bagaimana ia akan mengumpulkan data untuk tiap-tiap variabel. Meskipun peneliti dapat menggunakan berbagai sumber dan metode pengumpulan data, tenaga kesehatan seringkali dapat memperoleh sebagian besar data dari catatan yang telah ada.

Kemitraan dengan Kelompok Perawatan Kesehatan lain

Setelah mengidentifikasi variabel yang berkaitan, jelas bahwa beberapa data akan mudah diperoleh, sedangkan informasi tentang variabel lain akan sulit didapatkan. Data yang berhubungan dengan apotek seringkali mudah didapatkan karena banyak informasi yang dapat diperoleh langsung dari program komputer resep apotek (dan profil pasien). Informasi demografis pasien seperti jenis kelamin dan usia pada umumnya juga tersimpan dalam komputer apotek. Akan tetapi, tergantung pada pertanyaan, data wilayah lain dari sistem kesehatan mungkin juga perlu dikumpulkan. Sebagai contoh, sebuah hipotesis berupa layanan farmasi itu menyebabkan penurunan kunjungan unit gawat darurat. Akan tetapi, farmasis seringkali tidak memiliki akses data tentang jumlah kunjungan unit gawat darurat pada rekam apotek.

Untuk memperoleh data kesehatan yang berkaitan dengan penyakit, farmasis perlu untuk mengembangkan kemitraan dengan kelompok dokter dan rumah sakit yang melayani pasien untuk berpartisipasi dengan layanan farmasi klinik. Kemitraan dengan dokter dapat mempermudah farmasis dalam mengakses kartu pasien untuk mengumpulkan data kesehatan yang berhubungan dengan penyakit (dengan izin pasien). Kartu pasien berisi catatan kemajuan, hasil laboratorium,

rujukan kepada spesialis, dan informasi lain bersangkutan dengan pasien. Kartu pasien dapat memberikan gambaran lengkap tentang pasien dan menunjukkan bagaimana kondisi pasien telah membaik setelah menjalani perawatan farmasis.

Kemitraan lain yang juga berguna adalah dengan pembayar untuk layanan kesehatan. Perusahaan asuransi, HMO, manajer manfaat farmasi (pharmacy benefits managers, PBM) dan badan-badan pemerintah seperti Medicaid dan Veterans Administration pada umumnya menyimpan data pengeluaran kesehatan pasien untuk pihak yang mereka bayarkan layanan kesehatannya. Intervensi farmasis dapat dikorelasikan dengan data pengeluaran asuhan kesehatan untuk menentukan efektivitas intervensi. Sebagai contoh, jumlah dan biaya rawat inap dan kunjungan unit gawat darurat untuk pasien yang terdaftar dalam program kesehatan yang dikelola farmasis, dapat diuji sebelum memulai program dan diulang satu tahun kemudian.

■ EVALUASI EKONOMI

Biaya barang dan layanan secara intuitif tampak sederhana untuk dikuantifikasi. Akan tetapi, jumlah masalah kompleks yang potensial harus dipertimbangkan. Ketika mengidentifikasi barang dan layanan, perlu dipertanyakan apakah pengukuran akan didasarkan pada biaya sesungguhnya (harga grosir) atau sesuai dengan tagihan pasien atau pembayar (harga eceran)? Kadang kala akses untuk memperoleh data biaya terbatas, atau bahkan tidak tersedia. Sebagai contoh, apabila Cynthia Marshall menggunakan basis data rumah sakit untuk mengumpulkan informasi rawat inap dan kunjungan unit gawat darurat untuk pasien gagal jantung HMO, tidaklah mungkin mengabaikan biaya aktual yang berhubungan dengan gagal jantung, terutama apabila pasien masuk ke rumah sakit karena berbagai alasan.

Ada beberapa keuntungan dan kerugian menggunakan sumber data yang berbeda. Pengumpulan data primer yang semata-mata ditujukan untuk program terkait merupakan sumber data terbaik karena seorang peneliti dapat memperoleh dan menghasilkan informasi yang benar-benar diperlukan untuk program tersebut. Ini juga berguna ketika melihat bagaimana pasien tertentu berperilaku atau menggunakan sistem asuhan kesehatan. Sebagai contoh, apabila Cynthia mengubah regimen obat pasien, dia perlu mengumpulkan data untuk menentukan apakah pasien menjadi lebih patuh dengan pengobatannya sehingga mencapai kualitas hidup lebih baik sebagai hasilnya. Kerugian dari pengumpulan data primer adalah bahwa data harus dikumpulkan secara manual, tidak semata-mata mengambilnya dari basis data yang telah menaungi informasi tersebut. Selain itu, pengumpulan data primer akan memakan banyak waktu dan biaya.

Sumber data sekunder, seperti basis data rumah sakit atau HMO dapat menjadi sumber yang berguna. Sumber

data sekunder terutama berguna ketika mengumpulkan data ekonomi karena biasanya berkorelasi langsung dengan besarnya tagihan kepada perusahaan asuransi dan banyaknya biaya aktual yang dikeluarkan untuk produk atau layanan yang disediakan. Seorang peneliti atau klinisi dapat memeriksa data dari sejumlah besar pasien untuk melihat apakah intervensi berpengaruh pada populasi pasien. Satu kerugian dari data semacam ini adalah sifatnya yang anonim. Tidak ada pengidentifikasi pasien dan data tidak bisa dihubungkan dengan individual pasien. Akibatnya, jika satu sampel pasien pelanggan sebuah apotek mendapatkan intervensi, sedangkan sampel yang lain tidak, tidak ada cara mendeteksi perubahan ekonomi melalui sumber data sekunder.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Cynthia menggunakan sumber data sekunder untuk melakukan analisis manfaat-biaya. Setelah mengidentifikasi variabel yang ingin dicermati, dia meminta HMO untuk memberikan informasi dasar tentang semua pasien gagal jantung sebelum dia mengimplementasikan layanannya. HMO dapat menstratifikasi data dengan cara diagnosis, sehingga Cynthia meminta data tahunan tentang jumlah dan biaya rawat inap, kunjungan unit gawat darurat, dan pengobatan untuk pasien gagal jantung (lihat Tabel 27-3).

Cynthia selanjutnya memulai klinis gagal jantung miliknya. Dia berhasil mendaftarkan 250 pasien ke dalam layanannya selama jangka waktu 1 tahun. Pada akhir tahun, dia melakukan analisis manfaat-biaya dan meminta HMO tentang informasi yang sama yang dikumpulkan pada garis dasar (lihat Tabel 27-4).

Cynthia juga harus menentukan besarnya biaya klinis bagi HMO sehingga dia dapat memperhitungkan biaya-biaya tersebut ke dalam analisisnya. Dia memasukkan gaji dan tunjangan farmasis paruh waktu untuk mengelola layanan (\$50.000) dan tes laboratorium, persediaan, dan biaya ruang yang diperlukan untuk pemantauan pasien (\$72.000). Oleh karena itu, biaya langsung klinis adalah \$122.000 pada tahun itu. Manfaat dari layanan ini mencakup penurunan jumlah rawat inap dan rata-rata lama tinggal di rumah sakit. Secara keseluruhan, total lama tinggal pasien menjalani rawat inap berkurang dengan angka rata-rata 7,2 hari $[(5 \times 5,6) - (4 \times 5,2)]$. Apabila rawat inap dalam biaya HMO diasumsikan sebesar \$500 per hari, layanan tersebut menghemat HMO sebesar \$900.000 dalam hal rawat inap $(7,2 \text{ hari} \times 250 \text{ pasien} \times \$500/\text{hari})$. Layanan ini juga mengurangi kunjungan unit gawat darurat sehingga menghemat \$250.000 $(\$1.000 \times 1 \text{ kunjungan} \times 250 \text{ pasien})$. Akan tetapi, ketika Cynthia mulai mengelola pasien gagal jantung dengan benar, dia menemukan bahwa mereka umumnya memerlukan obat lebih untuk dapat mengelola penyakitnya dengan lebih baik. Rata-rata obat resep untuk para pasiennya meningkat dari 3 resep menjadi

4 resep per bulan, menghasilkan peningkatan pengeluaran sebesar \$10.000 ($\$40 \times 1 \text{ resep} \times 250 \text{ pasien}$). Ketika biaya dan manfaat dijumlahkan, biaya total tahunan untuk pelaksanaan layanan itu adalah \$122.000, dan total manfaatnya adalah \$1.140.000 ($\$900.000 + \$250.000 - \10.000). Hasil ini menunjukkan rasio manfaat-biaya sebesar 9,3:1 ($\$1.140.000 : \122.000) atau manfaat bersih (menghemat biaya) sebesar \$1.018.000. Dari analisis ini, tampak bahwa layanan ini memberikan keuntungan untuk HMO.

Cynthia menyadari bahwa analisisnya hanya terbatas pada variabel yang dia pilih. Jadi, dia memutuskan untuk melakukan analisis sensitivitas untuk menjamin bahwa kesimpulannya berarti. Beberapa variabel yang dia anggap dapat mengubah hasil program adalah penurunan jumlah rawat inap, penurunan lama tinggal, dan penurunan jumlah kunjungan unit gawat darurat. Dia meneliti ulang data dengan cara mengambil sebagian perbedaan dalam hal jumlah hari rawat inap dan sebagian jumlah kunjungan unit gawat darurat untuk melihat apakah hasilnya berubah. Rata-rata jumlah rawat inap tiap pasien dikurangi dari 7,2 menjadi 3,6 hari dan rata-rata kunjungan unit gawat darurat dikurangi dari 1 menjadi 0,5. Hasilnya, menghemat biaya rawat inap sebesar \$450.000 ($3,6 \text{ hari} \times 250 \text{ pasien} \times \$500/\text{hari}$), menghemat biaya kunjungan unit gawat darurat sebesar \$125.000 ($0,5 \text{ kunjungan} \times 250 \text{ pasien} \times \1.000). Analisis sensitivitas ini menunjukkan bahwa total manfaat sama dengan \$565.000 ($\$450.000 + \$125.000 - \10.000). Rasio manfaat-biaya turun menjadi 4,6 : 1 dan manfaat bersih adalah \$443.000, tetapi layanan tetap memberikan keuntungan untuk HMO.

■ EVALUASI KLINIS

Farmasis memiliki kemampuan untuk menilai tanda dan gejala umum dari berbagai macam penyakit pasien. Di beberapa negara bagian, farmasis dapat juga melakukan pengecekan kadar glukosa darah dan lemak. Mereka mampu mengukur alur puncak paru pasien, menilai keabnormalan

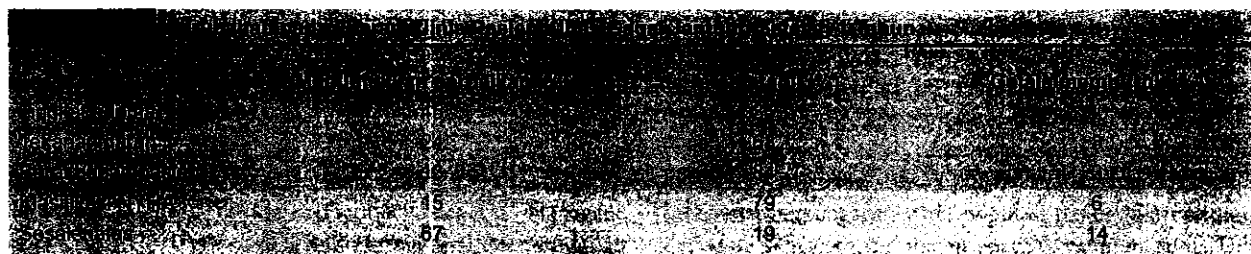
pada kulit, dan melakukan perawatan luka. Semua variabel klinis tersebut dapat dicatat pada basisnya dan pada tiap kunjungan berikutnya untuk mencatat perubahan dan/atau perbaikan pada kondisi pasien.

Seperti halnya data ekonomi, informasi klinis dapat dikumpulkan dari sumber data primer dan sekunder. Data primer dapat dikumpulkan pada saat kunjungan, dan ketika farmasis menemui pasien. Pengumpulan data primer adalah metode paling terpercaya dalam mengumpulkan informasi klinis karena hal ini memberikan kontrol terbesar pada proses pengumpulan data. Farmasis dapat bertanya pada pasien, melakukan tes laboratorium yang diperlukan, melakukan penilaian fisik, dan mencatat informasi baik secara elektronik maupun dalam lembaran kertas.

Sumber data sekunder antara lain rekam medis rumah sakit, kartu dokter, dan basis data HMO. Rekam dan kartu medis biasanya berupa lembaran kertas, tetapi saat ini bentuk komputerisasi semakin berkembang. Jelas bahwa akses data secara elektronik lebih mudah dibandingkan secara manual. Akan tetapi, penggunaan kartu secara manual, meskipun menghabiskan waktu dan membosankan, sangat berguna untuk mengumpulkan seluruh informasi yang berkaitan. Sekali lagi, satu kerugian dari sumber data sekunder adalah bahwa semua informasi yang diperlukan mungkin tidak tersedia. Sebagai contoh, Cynthia melihat bahwa derajat edema dan tekanan darah tercatat pada tiap-tiap kunjungan dokter, sementara itu berat badan pasien tidak tercatat. Sistem komputer yang sedang digunakan oleh HMO mungkin tidak menyediakan kolom atau ruang untuk memasukkan variabel yang diinginkan. Data Cynthia menjadi tidak inklusif, dan hal ini mempersulit dalam menyediakan gambaran pasiennya secara menyeluruh.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Cynthia memutuskan untuk mengumpulkan informasi derajat edema, tekanan darah, berat badan, klasifikasi NYHA,



dan kejadian sesak napas dari tiap-tiap pasien. Dia juga mencatat hasil laboratorium yang dibutuhkan. Ketika pasien terdaftar pada klinisnya, dia mencatat basis nilai dari variabel yang terdaftar. Dia menemui tiap-tiap pasien setiap bulan selama tiga bulan pertama. Pasien terus dipantau setiap bulan sampai pada saat Cynthia dan pasien itu sendiri setuju bahwa pasien dalam kondisi stabil, dan kemudian mereka akan menemui Cynthia setiap tiga bulan sesudah itu. Pada setiap kunjungan klinis, Cynthia mencatat hasil yang sama pada data elektroniknya. Pada akhir tahun, dia menggabungkan data untuk menunjukkan bahwa manajemen pengobatan dan program edukasinya telah menunjukkan manfaat klinis bagi pasien-pasiennya (lihat Tabel 27-5). Dia juga menggunakan analisis statistik untuk menunjukkan apakah kondisi pasien berbeda secara statistik antara sebelum dan setelah mereka bergabung dalam programnya.

EVALUASI HUMANISTIK

Luaran humanistik pada umumnya diperoleh langsung dari pasien dalam bentuk kuesioner terstandar. Ada dua tahap ketika mengumpulkan informasi humanistik. Pertama adalah mengidentifikasi survei yang paling baik dan paling tepat untuk digunakan (umum atau spesifik), dan kedua adalah memutuskan bagaimana menggunakan instrumen HRQL atau survei. Biasanya, klinisi dan/atau peneliti memilih keduanya, baik instrumen HRQL umum maupun spesifik, sehingga dapat mencakup seluruh elemen yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien. Survei kepuasan pasien yang digunakan pada lingkup yang sama juga telah dilakukan. Jelas bahwa semakin banyak informasi yang dikumpulkan, semakin lengkap gambaran yang diperoleh. Akan tetapi, hati-hatilah dengan *beban responden*, yaitu waktu dan energi yang dicurahkan oleh pasien untuk melengkapi serangkaian survei. Pasien yang kelelahan memilih untuk tidak melengkapi survei atau memberi informasi salah karena berusaha menyelesaikan survei lebih cepat. Hal ini tidak akan memberikan data yang terpercaya. Kebutuhan informasi harus diseimbangkan dengan tingkat kerjasama dari pasien.

Tahap selanjutnya adalah menentukan bagaimana survei akan dilakukan. Empat cara untuk menjalankan survei adalah melakukan sendiri, wawancara tatap muka, terkirim melalui

surat, dan melalui telepon. Ketika pasien menjalankan survei sendiri, mereka akan menjawab sendiri pertanyaan yang diajukan. Dengan metode ini, kadang pasien dapat lebih jujur menjawab pertanyaan sensitif, seperti pendapatan atau orientasi seksual. Metode ini mengurangi bias yang dapat ditimbulkan oleh pewawancara dan juga merupakan metode yang relatif murah. Sisi negatif survei ini adalah kadang kala pasien tidak menyelesaikan survei dan pasien mengalami kesulitan mengisi kuesioner untuk beberapa jenis penyakit (misalnya, glaukoma, artritis rematik, dan penyakit Parkinson).

Survei surat pada umumnya mempunyai keuntungan sama dengan survei yang dikerjakan sendiri dan dapat efektif menjangkau orang dalam jumlah besar. Akan tetapi, seringkali sulit untuk memotivasi orang untuk melengkapi survei dan mengirimkannya kembali tanpa adanya insentif, dan juga sulit secara logistik bagi peneliti. Wawancara tatap muka efektif dalam memperoleh respons naratif dan dapat digunakan dengan pasien yang tidak memiliki keterampilan membaca dan menulis yang baik, yang bahasa utamanya bukan bahasa Inggris, atau yang mengalami gangguan penglihatan. Pewawancara dapat mengukur bagaimana survei berlangsung dan dapat menentukan apakah responden mengalami kesulitan dalam memahami pertanyaan. Selain itu, wawancara membutuhkan banyak waktu, pewawancara dapat menyebabkan bias dan prosesnya dapat memakan biaya.

Survei melalui telepon mempunyai keuntungan yang sama dengan wawancara tatap muka, tetapi relatif lebih murah. Survei dapat dilakukan pada orang-orang dari area geografis luas dan data dapat dikaitkan dengan sistem manajemen pencatatan yang dapat dilacak. Sayangnya, peneliti tidak dapat menjangkau responden yang tidak memiliki telepon dan yang bahasa utamanya bukan bahasa Inggris, dan mereka tidak dapat memverifikasi identitas responden. Panggilan telepon berulang mungkin diperlukan untuk menghubungi seseorang dan alat bantu visual tidak dapat digunakan kecuali jika sebelumnya mereka telah mengirimkan surveinya melalui surat.

Keuntungan dan kerugian dari tiap-tiap metode pelaksanaan berpengaruh dalam merancang studi dan mengidentifikasi populasi pasien. Apabila yang dipelajari

adalah populasi miskin, format telepon mungkin tidak tepat dikarenakan tidak adanya akses telepon. Apabila survei dilakukan pada populasi berbahasa Spanyol, wawancara tatap muka lebih tepat dilakukan oleh pewawancara bilingual.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Cynthia merasa bahwa kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan dan kepuasan pasien adalah aspek penting dari klinisnya. Dia berpikir bahwa luaran-luaran tersebut dapat melengkapi luaran ekonomi dan klinik yang dia laporkan kepada HMO dan dapat membuktikan lebih jauh bahwa klinisnya memberikan layanan bernilai untuk pasien gagal jantung.

Ketika pasien terdaftar dalam klinis, Cynthia membantu mereka dalam melengkapi survei. Kebanyakan pasien lebih suka membaca survei dan melengkapinya sendiri. Cynthia membaca dan mencatat informasi dalam survei bagi mereka yang kurang nyaman mengisinya sendiri. Melalui analisis statistik, dia menyimpulkan bahwa ada perubahan yang signifikan secara statistik dalam tiga alat ukur kualitas hidup selama satu tahun (yaitu, SF-12, Heart Failure Questionnaire, dan PSQ) dan menyimpulkan bahwa kliniknya memberikan manfaat dari perspektif pasien.

■ PENILAIAN DATA

Setelah pengumpulan data selesai, data harus dianalisis dan dinilai agar farmasis dapat menginterpretasikan hasil dan menarik kesimpulan yang berarti. Ada beberapa cara untuk mengompilasi data agar mudah dibaca dan dipahami.

Pertama, layanan perlu dievaluasi untuk menentukan apakah memberikan intervensi positif untuk pasien. Sebelum mengimplementasikan intervensi, kita harus mengumpulkan informasi demografis, klinis, dan humanistik. Informasi tersebut disebut *data basis* karena pengumpulan dilakukan di awal intervensi sebelum terjadinya perubahan. Mengumpulkan data basis sangat penting, sebuah tugas yang sering dilupakan oleh para klinisi pada saat mengawali program atau layanan.

Setelah program berakhir atau telah tercapai titik tertentu, bagian informasi yang sama di awal (data basis) harus dikumpulkan lagi. Data tersebut kemudian dianalisis untuk menentukan apakah luaran pasien berubah setelah mereka bergabung dalam klinis. Apabila data basis tidak dikumpulkan, akan mustahil untuk menentukan apakah perubahan yang diperoleh setelah intervensi disebabkan oleh intervensi tersebut atau oleh faktor lain. Sebagai contoh, anggap saja bahwa seorang pasien datang ke apotek dan menduga bahwa pengobatan herbal baru menyebabkan diabetesnya menjadi lebih baik. Dia mengetahui hal ini karena kadar gula darahnya di bawah 140 mg/dL. Akan tetapi, ternyata dia mengakui bahwa dia tidak mengetahui kadar gula darah sebelum dia

memulai pengobatan herbal. Akibatnya, menjadi tidak jelas apakah pasien tersebut memiliki kadar gula darah di bawah 140 mg/dL sebelum pengobatan dan sejauh mana, jika ada, pengobatan tersebut memberikan manfaat.

Kedua, pengaruh finansial dari layanan harus ditentukan dengan tetap mengacu pada perspektif analisis. Sebagai contoh, apakah uang yang dapat dihemat karena berkurangnya kunjungan unit gawat darurat dan rawat inap nilainya lebih besar dibandingkan biaya untuk mengimplementasikan klinis? Apakah manfaat finansial pada pasien bernilai sebesar jumlah uang tambahan yang mereka bayarkan untuk klinis? Untuk menjalankan analisis ini diperlukan seorang sampel pasien yang berpartisipasi di klinis (kelompok intervensi) dan sampel sejenis (kelompok kontrol) yang tidak berpartisipasi. Total biaya perawatan kesehatan antara kedua kelompok dibandingkan untuk menentukan apakah terdapat perbedaan. Total biaya perawatan kesehatan mencakup seluruh biaya rawat inap, kunjungan unit gawat darurat, kunjungan dokter, pengobatan resep, biaya laboratorium, dan kunjungan untuk klinis baru. Untuk menentukan manfaat bagi pasien, dilakukan identifikasi berbagai variabel luaran yang mengukur perubahan status pasien (misalnya, luaran humanistik seperti HRQL dan penurunan efek samping) dan peningkatan kepuasan pasien dan/atau luaran klinis (misalnya, tekanan darah, edema, dan kadar gula darah). Variabel-variabel tersebut dapat dievaluasi secara terpisah atau dikompilasi untuk membentuk alat ukur luaran.

■ PENGGUNAAN EVALUASI LUARAN

Penilaian Keberhasilan atau Kegagalan Layanan

Setelah melakukan evaluasi, hasilnya mungkin tidak sebaik yang diharapkan oleh layanan. Ini tidak selalu berarti terjadi kegagalan. Ada banyak alasan mengapa hasilnya menjadi samar.

Pertama, mungkin tidak ada cukup banyak pasien dalam proses analisis. Apabila perubahan yang diharapkan kecil, tetapi signifikan secara klinis maupun ekonomi, diperlukan banyak pasien untuk dapat mendeteksi bahwa perubahan tersebut signifikan secara statistik. Jumlah pasien yang diperlukan untuk mendeteksi pengaruh intervensi harus ditentukan sebelum mengawali klinis. Dalam ilmu biostatistik, konsep ini biasanya disebut sebagai kuasa (*power*).

Kedua, banyak luaran tergantung pada banyaknya waktu yang dihabiskan untuk intervensi. Banyak perubahan, khususnya bagi luaran klinis, membutuhkan waktu yang cukup agar terjadi. Sebuah tinjauan pustaka tentang intervensi serupa dapat membantu mengidentifikasi berapa banyak waktu yang diperlukan untuk mendeteksi perubahan signifikan secara klinis. Sebagai contoh, penderita asma dapat segera mencapai kesembuhan setelah mereka mendapatkan

edukasi dan pengobatan jangka panjang serta jangka pendek yang tepat untuk mengatasi kekambuhan. Sebaliknya, diperlukan waktu panjang untuk dapat membandingkan perbedaan antara pasien yang tergabung pada program berhenti merokok dan mereka yang tidak tergabung. Mungkin diperlukan puluhan tahun untuk menentukan apakah beberapa intervensi memberikan manfaat ekonomi, klinik, dan humanistik.

Apa yang harus dilakukan oleh farmasis apabila luaran tidak sesuai dengan perkiraan setelah mengimplementasikan program dan menganalisisnya? Meskipun beberapa luaran mengecewakan, penting untuk mencari penjelasan tentang apa yang telah ditemukan dalam luaran tersebut. Apakah sudah ada cukup waktu untuk mengembangkan klinik? Apakah ada pemasaran yang tepat untuk pasien? Apakah ada karyawan apotek yang menggunakan layanan tersebut?

Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire (SPSQ) dapat digunakan untuk menentukan apakah yang dipikirkan oleh pasien tentang program yang ditawarkan. Grup fokus pasien juga berguna untuk mempelajari intervensi mana yang mereka rasa bermanfaat dan apa yang tidak perlu.

Pembayaran untuk Layanan Bernilai Tambah

Untuk memperoleh kompensasi atas layanan bernilai tambah, pihak pembayar (yaitu, pasien dan pihak ketiga) pada umumnya ingin melihat bahwa layanan tersebut bernilai. Pada umumnya, semakin baik luaran yang diperoleh, semakin banyak orang bersedia membayar untuk layanan tersebut. Di masa lalu, perluasan layanan farmasi dapat semata-mata dijustifikasi dengan cara menjelaskan pada administrator bahwa mereka memberikan perawatan pasien lebih baik. Akan tetapi, pada kondisi saat ini, farmasis sering kali perlu secara objektif mengukur, membandingkan, dan menganalisis perbedaan biaya dan luaran untuk memahami program atau produk mana yang paling bernilai bagi pasien mereka. Dengan melakukan analisis tersebut, memungkinkan untuk memutuskan apakah tambahan biaya untuk perlakuan atau klinis baru, pada kasus ini, memberikan tambahan manfaat yang bernilai. Hal ini menciptakan cara rasional untuk memahami nilai intervensi tertentu.

Penting untuk mempresentasikan hasil dari analisis dengan cara yang jelas dan tepat. Kebanyakan administrator memerlukan laporan baik yang tertulis dan/atau lisan secara reguler. Laporan-laporan ini harus mendeskripsikan bagaimana program berjalan relatif terhadap tujuan dan sasaran yang dimaksud.

Pengembangan Layanan Bernilai Tambah Lain

Setelah sebuah layanan bernilai tambah berhasil dikembangkan, farmasis akan lebih mudah untuk mengembangkan

layanan baru yang lain. Keahlian yang diperlukan pada layanan terdahulu dapat digunakan untuk memulai layanan baru. Layanan yang mungkin dikembangkan selanjutnya adalah layanan sejenis untuk penyakit berbeda. Berhati-hatilah ketika memikirkan program baru yang tidak sama dengan sesuatu yang telah diimplementasikan. Sebagai contoh, keahlian yang diperoleh pada klinis gagal jantung tidak dapat langsung diaplikasikan untuk memulai spesialisasi peracikan atau klinis perawatan luka.

Untuk mengembangkan layanan baru, identifikasi sumber tambahan yang akan dibutuhkan. Mungkin diperlukan lebih banyak personel, baik untuk fungsi peracikan maupun klinis. Mungkin juga diperlukan lebih banyak ruang untuk konseling, meracik, menjalankan program edukasi, atau meletakkan instrumen diagnosis atau perlengkapan medis yang tahan lama. Selain itu, cara pemasaran atau agar apotek memperoleh pengakuan dari masyarakat perlu dipikirkan ulang. Apabila apotek pada mulanya hanya melayani peracikan pengobatan, layanan bernilai tambah harus ditampilkan sehingga apotek dapat dipasarkan sebagai apotek yang mengembangkan layanan perawatan pasien.

Menilai Kembali Tujuan Layanan Anda

Setelah farmasis mengevaluasi luaran yang diperoleh atas layanan bernilai tambah yang ditawarkan, akan bijaksana bila melakukan perbaikan kualitas secara kontinu. Mereka harus mengidentifikasi kesalahan yang telah dibuat sepanjang pelaksanaan dan memikirkan cara agar kesalahan tersebut tidak terulang kembali. Mereka juga dapat mengidentifikasi cara untuk merampingkan proses dan menciptakan alur kerja yang lebih baik. Akhirnya, mereka dapat melaksanakan program sebagai proyek percobaan. Farmasis tersebut perlu memikirkan cara memperluas proyek dengan cara sempurna.

Farmasis harus mencari saran dari orang-orang di sekelilingnya—karyawan, pengawas, pasien, dan pihak lain yang dipengaruhi oleh layanan mereka—untuk melihat apakah mereka mempunyai sudut pandang berbeda yang dapat dibagikan. Masukan dan kritik konstruktif mereka sangat berharga seperti halnya luaran ekonomi, klinik, dan humanistik yang mereka perhitungkan.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Setelah melakukan analisisnya, Cynthia membagikan hasilnya dengan para administrator di HMO. Mereka sangat senang melihat luaran tersebut dan menanyakan jenis layanan farmasi lain yang dapat Cynthia kembangkan. Cynthia mengatakan akan memperluas klinik gagal jantung miliknya menjadi sebuah klinis kardiologi yang mencakup manajemen lemak, manajemen antikoagulan, dan manajemen tekanan darah.

■ KESIMPULAN

Tujuan dan sasaran dari setiap layanan bernilai tambah harus mengarah pada data luaran agar dapat dikumpulkan dan bagaimana data tersebut dianalisis. Tujuan umum dari setiap evaluasi adalah untuk menunjukkan nilai dari layanan bernilai tambah. Harus diingat bahwa nilai dapat memiliki sejumlah arti (misalnya, klinik, ekonomi, dan humanistik) dan dapat diukur dari berbagai perspektif (misalnya, pasien, penyedia layanan, organisasi, pembayar, dan masyarakat). Luaran dan perspektif yang diharapkan dari analisis tersebut harus mengendalikan proses pengumpulan data dan bagaimana luaran tersebut dinilai.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Alat ukur luaran apa yang dapat dikumpulkan pada praktik Anda saat ini?
2. Bagaimana cara mengembangkan hubungan dengan pembayar dan kelompok dokter dalam rangka melakukan analisis ekonomi pada pasien Anda?
3. Berdasarkan tujuan Cynthia, apakah ada beberapa variabel yang belum diukur?
4. Buatlah daftar biaya langsung dan tidak langsung serta biaya medis dan nonmedis serta alat ukur luaran terkait dengan klinis edukasi diabetes milik Alan Brouhard dan program manajemen lemak milik Carol!
5. Apa saja variabel perancu yang harus diukur pada klinis edukasi diabetes milik Alan Brouhard dan program manajemen lemak milik Carol?

REFERENSI

- Armstrong EP, Langley PC. 1996. Disease management programs. *Am J Health-Syst Pharm* 53:53.
- Barr JT, Schumacher GE. 1994. Applying decision analysis to pharmacy management and practice decisions. *Topics Hosp Pharm Manag* 13:60.
- Bohachick P, Anton BB. 1990. Psychosocial adjustment of patients and spouses to severe cardiomyopathy. *Res Nurs Health* 13:385.
- Bootman JL, Townsend RJ, McGhan WF. 1996. *Principles of Pharmacoeconomics*, 2nd ed. Cincinnati: Harvey Whitney Books.
- Coons SJ, Kaplan RM. 1993. Quality-of-life assessment: Understanding its use as an outcome measure. *Hosp Formu* 28:486.
- Crane VS. 1988. Economic aspects of clinical decision-making: Applications of clinical decision analysis. *Am J Hosp Pharm* 45:48.
- Cranor CW, Christensen DB. 2003. The Asheville Project: Factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc* 43:160.
- Criteria Committee, New York Heart Association, Inc. 1973. *Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis*, 7th ed. Boston: Little, Brown.
- Detsky AS, Nagele IG. 1990. A clinician's guide to cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 113:147.
- Doubilet P. 1986. The use and misuse of the term "cost-effective" in medicine. *N Engl J Med* 314:253.
- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. 1986. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, hlm. 18. Oxford, England: Oxford University Press.
- Eisenberg JM. 1989. Clinical economics: A guide to the economics analysis of clinical practices. *JAMA* 262:2879.
- Etemad LR, Hay JW. 2003. Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care in a medicare drug benefit program. *Value Health* 6:425.
- Fincham JE, Wertheimer AI. 1987. Predictors of patient satisfaction with pharmacy services in a health maintenance organization. *J Pharm Market Manag* 2:73.
- Freedland KE, Carney RM, Rich MW. 1991. Depression in elderly patients with heart failure. *J Geriatr Psychiatry* 24:59.
- Grady K, Jalowiec A, Grusk B, et al. 1992. Symptom distress in cardiac transplant candidates. *Heart Lung* 21:434.
- Guyatt GH, Nogradi S, Halcrow S, et al. 1989. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in heart failure. *J Gen Intern Med* 4:101.
- Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. 1993. The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *J Am Coll Cardiol* 22:6A.
- Hsu J, Price M, Huang J, et al. 2006. Unintended consequences of caps on Medicare drug benefits. *N Engl J Med* 22:2349.
- Kolar JA, Dracup K. 1990. Psychosocial adjustment of patients with ventricular dysrhythmias. *J Cardiovasc Nurs* 4:44.
- Kozma CM, Reeder CE, Schultz RM. 1993. Economic, clinical, and humanistic outcomes: A planning model for pharmacoeconomic research. *Clin Ther* 15:1121.
- Larson LN, MacKeigan LD. 1994. Further validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. *J Pharm Market Manag* 8:125.
- MacKeigan LD, Larson LN. 1989. Development and validation of an instrument to measure patient satisfactions with pharmacy services. *Med Care* 27:522.
- Mayou R, Blackwood R, Bryant B, et al. 1991. Cardiac failure: Symptoms, and functional status. *J Psychosom Res* 35:399.

- McLean W, Gillis J, Waller R. 2003. The BC Community Pharmacy Asthma Study: A study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia. *Can Respir J* 10:195.
- Patterson R. 1995. Disease management. *Case Rev* 1:59.
- Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. 1987. Patients' self-assessment of their heart failure: II. Content, reliability and validity of a new measure-the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure* 3:198.
- Rideout E, Montemuro M. 1986. Hope, morale, and adaptation in patients with chronic heart failure. *J Adv Nurs* 11:429.
- Rossiter SL, Langwell K, Wan TTH, et al. 1989. Patient satisfaction among elderly enrollees and disenrollees in Medicare health maintenance organizations: Results from the National Medicare Competition Evaluation. *JAMA* 262:57.
- Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, et al. 1993. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 270:835.
- Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, et al. 1994. Effects of limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 331:650.
- Soumerai SB, Ross-Degnan D, Avron J, et al. 1991. Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. *N Engl J Med* 325:1072.
- Ware JE. 1991. Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer* 67:774.
- Ware JE. 1997. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Boston: Health Institute, New England Medical Center.
- Zitter M. 1994. Disease management: A new approach to health care. *Med Interface* 7:70.

BAGIAN 7

MEKAR...
PICTURE...

MANAJEMEN RISIKO DALAM PRAKTIK FARMASI KONTEMPORER

Kevin Farmer dan Donald Harrison

Tentang Penulis: Dr. Farmer adalah Associate Professor bidang Administrasi Farmasi di University of Oklahoma Health Sciences Center College of Pharmacy. Beliau menerima gelar B.S. dalam bidang farmasi dan Ph.D. dalam bidang ilmu kefarmasian dari University of Missouri-Kansas City. Dr. Farmer memiliki pengalaman dalam bidang ritel dan lingkup praktik farmasi rumah sakit serta penelitian pemasaran dalam industri farmasi. Beliau mengajar kuliah mengenai sistem dan kebijakan asuhan kesehatan Amerika Serikat, manajemen keuangan, dan pemasaran farmasi. Riset Dr. Farmer terfokus pada topik-topik yang terkait dengan kepatuhan pengobatan serta konsekuensi kesehatan dan ekonomi dari kebijakan kesehatan dan pengobatan.

Dr. Harrison adalah Assistant Professor bidang Administrasi Farmasi di University of Oklahoma Health Sciences Center College of Pharmacy. Beliau menerima gelar B.S. dalam bidang farmasi dari University of Missouri-Kansas City. Beliau menerima gelar M.S. dalam bidang farmasi dan Ph.D. dalam sains farmasi dari University of Arizona. Dr. Harrison memiliki pengalaman dalam banyak bidang kerja farmasi—ritel, institusional, dan riset. Dr. Harrison mengajar kuliah dalam rancangan riset, biostatistik, dan farmakoeкономи. Bidang penelitian Dr. Harrison adalah analisis ekonomi dari pelayanan kefarmasian, penelitian luaran, dan rencana strategis oleh institusi dan bisnis farmasi.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan peranan manajemen risiko dalam praktik farmasi.
2. Mengidentifikasi komponen kritis yang membentuk risiko murni.
3. Menjelaskan kriteria untuk menentukan suatu risiko yang dapat diasuransikan.
4. Mendiskusikan bagaimana teknik manajemen risiko dapat digunakan untuk menangani kemunculan risiko yang memberikan tantangan bagi praktik farmasi komunitas.
5. Menjelaskan bagaimana peningkatan ketergantungan pada teknologi informasi dan otomatisasi dapat memperburuk risiko tertentu.
6. Menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhi risiko kinerja dari sistem teknologi informasi yang digunakan di apotek-apotek.
7. Mengkarakterisasi risiko kehilangan yang terkait dengan penggunaan teknologi informasi dalam operasional apotek.

■ SKENARIO

Bill Halsey, Pharm.D., telah menghabiskan 2 tahun terakhir sejak lulus dari sekolah farmasi bekerja sebagai staf farmasis untuk sebuah apotek komunitas ternama guna mempertajam

kemampuannya sebagai seorang farmasis komunitas yang berorientasi klinis. Mimpi Bill adalah suatu hari kembali ke kampung halamannya dan membeli apotek yang telah menginspirasi untuk menjalani karir ini. Hari tersebut tampaknya akan datang lebih awal dari perkiraan Bill ketika ia mengetahui bahwa Tuan Simmons, yang sudah lama menjadi pemilik Corner Drug di kotanya, menderita serangan jantung ringan. Tuan Simmons akan menjual Corner Drug dan pindah ke kompleks perumahan pensiunan. Bill segera menjadwalkan kepulangannya untuk mengunjungi Tuan Simmons dan memeriksa apotek itu untuk melihat kelayakannya. Ia juga mengevaluasi status apotek tersebut saat ini dalam menyediakan layanan khusus diabetes dan geriatrik. Bill agak terkejut melihat bahwa kondisi apotek tersebut sama saja dengan kondisi saat ia bekerja di sana semasa sekolah lanjutan atas dulu. Tuan Simmons selalu menikmati percakapan dengan pelanggannya, konter apotek sangat kecil dengan pintu yang lebar di kedua sisinya yang memudahkan Tuan Simmons dan pekerjanya bergerak bebas keluar masuk bagian apotek untuk berinteraksi dengan para konsumen. Meja tempat petugas mengurus administrasi dokumen klaim asuransi dan rekening pembayaran terletak di sudut tempat tunggu konsumen. Komputernya terlihat agak tua, dan Tuan Simmons berkelakar bahwa pelajar sekolah yang ia pekerjakan sering kali harus membantunya di saat komputer itu mulai "berulah." Bill sangat mengerti itu. Mobil pengantaran paling tepat digambarkan sebagai sebuah "mobil kuno." Di apotek yang sekarang, Bill telah bekerja sebagai petugas pemeriksa kesesuaian peraturan Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA), Bill menerka-nerka, jika ada, apa alat ukur keamanan dan kerahasiaan yang diterapkan di Corner Drug. Bill juga ingat Tuan Simmons menceramahnya tentang filosofinya tentang tidak perlu bergantung pada asuransi, dan mempertanyakan sebaik apa apotek itu terlindungi dari kerugian atau kehilangan atau kewajiban hukum. Tuan Simmons selalu berkata pada Billy, "Konsumen Anda tidak akan pernah menuntut Anda jika mereka menyayangi dan menghormati Anda, jadi perlakukan mereka dengan baik." Bill mulai mempertanyakan dirinya tentang apa yang tersisa di apotek itu untuknya jika membeli Corner Drug karena sekarang ia membayangkan sejumlah masalah yang tidak terselesaikan dapat mengancam kemampuan apotek untuk bertahan dan mendapatkan keuntungan.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah perbedaan utama antara risiko spekulatif dan risiko murni bagi seorang individu?
2. Risiko umum apakah yang mengancam apotek serta setiap jenis usaha ritel?
3. Apakah mungkin bagi sebuah apotek komunitas untuk menghindari semua risiko? Jika tidak, bagaimana sebaiknya risiko ditangani?
4. Bagaimana aturan kerahasiaan HIPAA dapat memengaruhi tanggungan dan biaya asuransi pertanggungjawaban apotek?
5. Empat jenis risiko apakah yang muncul jika apotek-apotek meningkatkan ketergantungannya pada teknologi informasi dan otomatisasi?
6. Faktor risiko potensial apakah yang dianggap merupakan peningkatan risiko yang diakibatkan oleh masalah moral dan hukum dari interaksi teknologi informasi serta keamanan dan bahaya kesehatan yang dihadapkan teknologi informasi terhadap para pekerja di tempat kerja?
7. Faktor manakah dari enam faktor yang mengarakterisasi risiko operasional yang berkaitan dengan teknologi informasi dan otomatisasi di apotek?

■ PENDAHULUAN

Salah satu unsur dari risiko ada dalam setiap aktivitas manusia. Seseorang dapat terluka dalam satu kecelakaan kendaraan dalam perjalanan ke tempat kerja, sakit karena keracunan makan saat makan di restoran favorit, atau kehilangan ribuan dolar pada tabungan pensiun jika nilai saham dari perusahaannya menurun secara signifikan karena suatu penarikan produk yang tidak terduga. Para farmasis yang memiliki atau menjalankan apotek selalu harus berurusan dengan risiko penurunan atau bahkan kegagalan bisnis. Selalu ada ancaman dari ekonomi dan kompetisi, dan juga potensi kerusakan karena tornado, kebakaran, banjir, atau topan. Bahkan, risiko tertentu selalu ada dalam melakukan suatu tugas yang paling umum pada hampir setiap apotek—yaitu peracikan resep pasien. Perubahan lingkungan asuhan kesehatan menuntut para farmasis untuk secara kritis memeriksa risiko-risiko pada semua aspek praktiknya, terutama saat mereka semakin banyak melakukan peranan yang berorientasi pada pasien.

Secara historis, paparan risiko utama untuk para farmasis terkait dengan risiko bisnis tradisional (yaitu, kebakaran, pencurian, dan sebagainya) dan juga kelalaian yang terkait dengan kesalahan pengisian resep. Praktik farmasi modern juga mesti mempertimbangkan risiko baru terkait dengan penggunaan teknologi dan transmisi data elektronik, konseling pasien dan tuntutan tinjauan penggunaan obat, serta informasi kesehatan pribadi yang dilindungi hukum. Sejalan dengan evolusi praktik apotek, demikian pula risiko yang terkait dengan perubahan lingkungan dan cakupan praktik apotek. Para farmasis mesti mewaspadai risiko bawaan dan risiko yang berkembang dalam memberikan

produk dan jasa perawatan kesehatan serta mengembangkan strategi manajemen risiko untuk menghadapi risiko-risiko tersebut. Bab ini akan meninjau konsep manajemen risiko dan kemudian fokus pada risiko baru dan risiko berkembang yang terkait dengan praktik apotek modern dalam suatu lingkungan berbasis teknologi.

■ DEFINISI RISIKO

Risiko berkaitan dengan dampak yang negatif. Suatu *risiko* adalah segala sesuatu yang mengancam kemampuan seseorang atau organisasi untuk menyelesaikan misinya. Untuk mengerti secara penuh tentang risiko dalam kehidupan seseorang atau bisnis, seseorang harus menyadari bahwa ada beberapa faktor yang berkaitan dengan pendefinisian risiko sebagai suatu ancaman. Risiko dideskripsikan paling tepat sebagai suatu *tingkat probabilitas* ketika *paparan* pada suatu *bahaya* dapat menimbulkan suatu *luaran atau konsekuensi negatif* seperti kehilangan, kerusakan, luka, atau kematian (Ropeik dan Gary, 2002). Paparan pada beberapa risiko merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari. Anda dapat mengalami kecelakaan kendaraan pada suatu hari. Untuk terjadinya perubahan risiko menjadi ancaman, mesti ada sejumlah peluang statistik (probabilitas) yang dapat menyebabkan terjadinya kejadian negatif. Seseorang dapat atau tidak dapat terpapar pada suatu risiko yang dapat mengurangi atau menghilangkan risiko sebagai ancaman yang sebenarnya. Anda tidak dapat tenggelam jika Anda tidak berada di dekat air. Anda tidak akan mengalami efek samping obat jika Anda tidak pernah mengonsumsinya. Untuk menjadi sebuah risiko, sesuatu juga mesti mengandung bahaya (seperti ungkapan pada dunia olahraga "kalau tidak berbahaya bukan pelanggaran" ["no harm no foul"]). Kaparahan atau konsekuensi juga mesti negatif untuk menjadi sebuah risiko. Suatu obat dapat mempunyai kemungkinan kecil menyebabkan syok anafilaktik, tetapi (bila itu terjadi) dapat mengakibatkan kematian. Suatu virus komputer baru dapat menghancurkan semua arsip dan rekaman pasien yang disimpan di dalam sistem komputer apotek.

Dari sebuah perspektif asuransi, ada dua tipe dasar risiko: risiko spekulatif dan risiko murni. Suatu risiko *spekulatif* melibatkan suatu peluang perolehan atau keuntungan dan kehilangan. Risiko spekulatif tidak dapat diasuransikan. Berjudi merupakan purwarupa risiko spekulatif. Ketika tiket lotre gosok seharga \$1 yang baru saja Anda beli tidak memenangkan hadiah \$1.000, Anda sebelumnya sudah tahu bahwa Anda memiliki peluang kehilangan uang Anda. Individu memutuskan jumlah risiko yang akan ia perkirakan, termasuk berapa banyak uang yang dipakai berjudi dan dengan peluang seperti apa. Memilih untuk membeli saham dari suatu reksa dana atau saham umum sebagai suatu investasi juga melibatkan risiko spekulatif. Berdasarkan

pilihan dari investor serta banyak faktor lainnya, portofolio investasi yang bersangkutan dapat menghasilkan keuntungan atau menderita kehilangan bermakna. Menjalankan sebuah apotek juga melibatkan risiko spekulatif, dalam hal tidak ada jaminan kesuksesan atau kegagalan. Jumlah apotek komunitas mandiri di Amerika Serikat menurun dari 31.879 pada tahun 1990, menjadi 20.641 pada tahun 1998 (DHHS, 2000). Secara umum, kepemilikan bisnis kecil secara bawaan merupakan usaha berisiko. Data dari Biro Statistik Tenaga Kerja Amerika Serikat menemukan bahwa hanya 45 persen dari bisnis yang baru didirikan yang bertahan paling tidak selama 4 tahun (Knaup, 2005).

Risiko murni melibatkan suatu risiko yang hanya ada peluang untuk menahan kerugian; tidak ada peluang mendapatkan keuntungan. Risiko murni dipandang sebagai kebetulan, tidak dapat diperkirakan, atau tidak dapat dihindarkan. Sakit, kematian, kebakaran, banjir, kebanyakan kecelakaan melibatkan risiko murni. Asuransi merupakan suatu produk yang dirancang untuk membantu orang dalam menangani paparan mereka pada risiko yang tidak diperkirakan ini. Individu dan bisnis dapat membeli asuransi untuk risiko yang melibatkan kesehatan, kematian, dan kerusakan pada properti rumah dan bisnis. Kerusakan pada tempat bisnis dari kebakaran atau angin topan dapat menyebabkan kehilangan katastrofik dengan peluang kecil perolehan bagi pemiliknya, karenanya hal ini merupakan risiko yang dapat diasuransikan. Identifikasi dan manajemen risiko murni merupakan hal yang penting bagi sebuah bisnis untuk menangani ancaman potensial bagi misi bisnisnya.

■ KRITERIA RISIKO YANG DAPAT DIASURANSIKAN

Agar suatu risiko murni dapat diasuransikan, beberapa syarat harus dipenuhi (Schafermeyer, 2007):

- Kerugian mesti dapat diukur dalam bilangan uang, mudah diukur, dan menyebabkan kerugian yang mendasar.
- Kerugian mesti mempunyai waktu dan tempat tertentu.
- Kerugian mesti bersifat aksidental untuk yang terasuransi. Tidak boleh ada prospek perolehan atau keuntungan untuk individu.
- Probabilitas terjadinya peristiwa dalam populasi dapat diperhitungkan dengan tepat. Mesti ada jumlah besar individu homogen dengan risiko yang mirip untuk membuat kerugian dapat diperkirakan.
- Sesuatu yang diasuransikan mesti memiliki suatu *insurable interest* (kepentingan yang dapat diasuransikan). Kompensasi tidak dapat diberikan bagi mereka yang sebenarnya tidak menderita kerugian.

- Premi asuransi mesti tersedia untuk untuk suatu harga yang pantas. Seseorang tidak akan membayar premi asuransi lebih besar dari nilai sesuatu yang diasuransikan.

■ MENGEMBANGKAN STRATEGI MANAJEMEN RISIKO

Strategi apakah yang harus diikuti oleh para farmasis untuk mengidentifikasi dan meminimalkan paparan mereka terhadap risiko? Suatu proses manajemen risiko harus dikembangkan untuk menganalisis dan mengidentifikasi strategi penanganan ancaman risiko. Suatu strategi manajemen harus dirancang untuk melindungi aset vital suatu apotek dengan mengatasi ketidakpastian. Proses ini tidak hanya melibatkan identifikasi risiko tapi juga menilai potensi ancamannya dan membuat keputusan untuk menangani risiko-risiko tersebut. Ingat kembali definisi dari risiko dalam proses ini—bahwa terdapat beberapa jenis probabilitas paparan pada beberapa jenis bahaya akan menimbulkan dampak atau konsekuensi negatif.

■ PROSES MANAJEMEN RISIKO

Ada lima tahap yang harus diikuti oleh organisasi ketika mengembangkan suatu proses manajemen risiko:

1. *Tentukan konteks.* Apakah tujuan dari proses manajemen risiko? Apakah kerentanan potensial dari bisnis? Apakah para pekerja atau pasien berisiko mengalami cedera? Bagaimana reputasi apotek terpengaruh jika seorang pasien menderita karena kesalahan resep atau jika kondisi pasien diketahui umum secara tidak sengaja oleh seorang karyawan? Apakah klaim yang mahal dapat dihindari dengan tidak menyediakan jasa atau produk tertentu?
2. *Identifikasi dan analisis risiko.* Para manajer apotek harus mulai dengan menganalisis setiap dimensi dari operasional mereka. Beberapa contoh dari risiko yang dihadapi termasuk aktivitas bawaan dalam bisnis (yaitu, penyiapan obat resep, melakukan konseling bagi pasien, dan memberikan layanan profesional). Risiko lain yang dihadapi oleh apotek termasuk melakukan pengiriman; memelihara bangunan, trotoar, dan tempat parkir; menyiapkan produk steril; memelihara sistem komputer; dan melindungi informasi kesehatan pasien. Masalah-masalah yang menyangkut salah satu dari hal di atas dapat mengakibatkan kerugian substansial bagi apotek.
3. *Mengevaluasi dan memprioritaskan risiko.* Para manajer apotek mesti memprioritaskan risiko mereka karena setiap risiko tidak dapat ditangani sekaligus dalam suatu waktu. Beberapa risiko bersifat agak umum dan tidak terkait dengan kerugian yang besar (misalnya, penolakan klaim asuransi resep atau pencurian). Risiko-risiko lain

sifatnya kurang umum, tetapi terkait dengan kerugian yang substansial (misalnya, kerusakan katastrofik akibat kebakaran, banjir, atau badai atau bahaya bagi pasien terkait dengan kesalahan pemberian obat). Apotek harus memprioritaskan menangani risiko yang potensial menimbulkan kerugian yang substansial bagi bisnis mereka.

4. *Pilih salah satu strategi manajemen risiko yang sesuai dan terapkan tekniknya.* Para manajer apotek mesti menentukan risiko-risiko yang mana yang dapat (dan harus) dihindari. Kebijakan dan prosedur harus dikembangkan untuk langkah-langkah pencegahan risiko yang sesuai. Polis asuransi tambahan atau *rider* tambahan harus diamankan seperlunya. *Rider* merupakan polis pelengkap yang menyediakan tanggungan tambahan untuk sesuatu yang tidak tertanggung dalam polis awal dengan tambahan biaya. Dimungkinkan adanya batas tertinggi atau jumlah maksimum yang akan ditanggung dalam polis awal untuk mengganti milik pribadi atau peralatan yang tidak dapat memberikan biaya penggantian memadai untuk suatu aset. Pemikiran harus diarahkan pada suatu tingkat pengurangan untuk secara tepat menyeimbangkan antara pembagian risiko (*risk-sharing*) dan pengalihan risiko (*risk-transfer*) (lihat "Teknik Penanganan Risiko" di bawah). Strategi-strategi dan evaluasi untuk melihat risiko mana yang harus dihindari dan mana yang harus ditangani, harus didiskusikan dengan para konsultan atau penasihat operasional bisnis (misalnya, pengacara, akuntan, dsb).
5. *Monitor dan perbaharui program manajemen risiko.* Para manajer apotek harus memonitor dan memperbarui strategi manajemen risiko mereka untuk menghadapi tantangan, ancaman, dan kesempatan yang baru. Sebagai contoh, jika sebuah apotek memutuskan untuk menawarkan imunisasi bagi pasien-pasiennya, hal itu tidak saja akan menciptakan perawatan bagi pasien serta kesempatan bisnis yang baru, tetapi juga memaparkan apotek pada risiko tambahan (misalnya, pasien dapat mengalami suatu reaksi anafilaktik terhadap imunisasi, pasien dapat memperoleh imunisasi yang tidak cocok atau tidak benar, dan pekerja apotek dapat terpapar patogen). Begitu risiko baru ini teridentifikasi, para manajer mesti menciptakan strategi baru untuk manajemen mereka.

■ TEKNIK PENANGANAN RISIKO

Walaupun risiko sampai tahap tertentu merupakan bawaan dari semua aktivitas kita, ada beberapa risiko yang memerlukan teknik-teknik berbeda untuk menanganinya. Setiap risiko harus dievaluasi secara individual untuk melihat teknik yang paling sesuai dengan risiko tersebut.

1. *Penghindaran risiko.* Meski menghindari risiko kedengarannya merupakan suatu pendekatan logis, hal ini sering tidak praktis untuk kebanyakan risiko dalam lingkungan bisnis. Sebagai contoh, kebanyakan apotek tidak dapat (atau tidak ingin untuk) menghindari pemberian resep walaupun ada risiko bawaan dalam prosesnya. Akan tetapi, dapat terjadi situasi ketika dengan tidak diberikannya barang atau jasa tertentu dengan risiko yang tidak layak dapat menjadi suatu tindakan yang bijaksana. Banyak apotek memilih tidak melakukan racikan steril daripada memikul pengeluaran dan risiko yang terkait dengan penyediaan produk-produk ini.
2. *Pencegahan/modifikasi risiko.* Para manajer apotek mungkin tidak dapat mengeliminasi suatu risiko, tetapi mereka dapat mengambil langkah-langkah untuk meminimalkan kemungkinan itu terjadi. Semua apotek mengambil langkah untuk menghindari kesalahan pemberian obat. Hal ini umumnya melibatkan pengembangan kebijakan dan prosedur untuk menghindari kesalahan dan memperbaiki keamanan pasien (lihat Bab 7 dan 30).
3. *Penyerapan/penahanan risiko.* Apotek sering memilih untuk menahan atau menyerap beberapa risiko. Apotek umumnya menerima kerugian karena pencurian (misalnya, pencurian oleh pengunjung, pencurian oleh pekerja, dan produk-produk tidak terjual), biasanya melalui kehilangan keuntungan atau memberikan harga yang lebih tinggi pada konsumen. Suatu risiko sendiri (*deductible*) pada polis asuransi merupakan absorpsi risiko. Beberapa mungkin memilih untuk membayar risiko sendiri yang lebih tinggi jika kerugian terjadi sebagai ganti dari premi asuransi yang lebih rendah.
4. *Pembagian atau pengalihan risiko.* Teknik lain untuk menangani risiko adalah membagi atau mengalihkan risiko kepada pihak lain. Perusahaan asuransi umumnya membagi atau mengalihkan risiko yang melekat dalam pembayaran perawatan kesehatan untuk penerima pembayaran mereka dengan memasukkan perjanjian yang terkapitasi dengan penyedia, membayar mereka sejumlah tertentu per anggota setiap bulan tanpa memandang berapa banyak atau berapa sedikit para penerima dana membutuhkannya untuk pelayanan kesehatan. Metode lain untuk berbagi atau mengalihkan risiko adalah membeli reasuransi (asuransi untuk perusahaan asuransi). Penyedia perawatan kesehatan dapat juga membeli asuransi untuk membagi atau mengalihkan risiko yang terlibat dalam penyediaan perawatan pada pasien yang biayanya dapat melebihi pemasukan yang disediakan dalam kontrak yang dikapitasi.

Pada tingkat individu, seseorang dapat menghindari beberapa risiko yang tidak perlu (misalnya, seseorang tidak akan pernah berenang untuk menghindari tenggelam), tetapi

dari perspektif bisnis, strategi ini tidak praktis. Seseorang dapat memilih untuk menyerap risiko-risiko tertentu jika biaya asuransi sangat tinggi dan potensi kehilangan kecil. Asuransi tabrakan kendaraan pada sebuah kendaraan yang bernilai minimal dapat menjadi contoh (meskipun tetap bertahan secara legal diperlukan asuransi yang dapat dipercaya). Pencegahan risiko merupakan komponen penting dari strategi manajemen risiko dan umumnya digunakan bersamaan dengan pengalihan risiko. Pada tingkat yang paling dasar, pencegahan risiko termasuk penggunaan alarm asap, sistem keamanan, dan deteksi pencurian. Selain itu, untuk sebuah bisnis seperti apotek, perlu adanya program pelatihan pekerja, edukasi, serta dibuatnya prosedur dan kebijakan yang diakui untuk menangani risiko-risiko seperti pencegahan kesalahan pengobatan. Dengan pengecualian yang memungkinkan untuk menerima penghindaran risiko, kebanyakan pelaksanaan manajemen risiko akan menggunakan kombinasi dari setiap teknik pencegahan risiko, penyerapan risiko, dan pembagian risiko.

■ KONSEP ASURANSI DASAR

Sebuah apotek, seperti badan usaha lainnya, perlu mempertahankan dirinya, pekerjaannya, dan konsumennya dari gangguan fisik dan keuangan. Bagaimanapun hati-hatinya sebuah apotek akan mencegah risiko, praktis tidak mungkin untuk menghilangkan kecelakaan sama sekali, seperti ketika seorang konsumen atau pekerja terpeleset di lantai. Pada saat yang sama, mengasuransikan risiko-risiko ini tidak menghilangkan kebutuhan apotek untuk mengambil langkah-langkah pencegahan risiko yang efektif. Bahkan, pihak pengasuransi umumnya menuntut agar apotek menyediakan langkah-langkah pencegahan untuk menjaga polis asuransi dapat menghadapi risiko dengan baik atau mengurangi premi. Sebagai contoh, asuransi untuk kerusakan kebakaran umumnya menuntut adanya sistem penyiram dan detektor asap atau alarm asap.

Terminologi Asuransi Umum

Perusahaan asuransi sering menggunakan bahasa yang mungkin membingungkan bagi individu yang tidak berkecimpung dalam industri asuransi. Para manajer apotek harus mengerti istilah-istilah berikut yang umumnya digunakan dalam polis asuransi (Insurance Information Institute, 2007):

Tanggungan (*Coverage*) cakupan (luas) perlindungan yang tersedia di bawah suatu kontrak asuransi.

Koasuransi (*Coinsurance*) Suatu provisi yang mewajibkan pihak terasuransi untuk berbagi (mengabsorpsi) sejumlah biaya dari jasa atau kerugian yang ditanggung pada suatu

basis persentase yang tetap. Sebagai contoh, ini mungkin menuntut pihak terasuransi untuk membayar 20 persen dari biaya penggantian, .

Resiko sendiri (*Deductible*) Jumlah (jumlah tetap yang dinyatakan dalam nominal mata uang) dari suatu kehilangan terasuransi untuk dibayarkan (atau diserap) oleh pemegang polis. Risiko sendiri dapat bervariasi dari beberapa ratus sampai beberapa ribu dolar. Jumlah risiko sendiri senilai \$500 adalah umum untuk asuransi tabrakan kendaraan.

Asuransi kecacatan (*Disability insurance*) Suatu jenis asuransi kesehatan yang menyediakan pemasukan bulanan bagi pemegang polis jika ia menjadi tidak dapat bekerja karena sakit atau kecelakaan.

Pihak terasuransi (*Insured*) Pihak yang ditanggung oleh kontrak asuransi atau orang-orang yang dinyatakan mendapat manfaat di bawah persyaratan polis (misal, anggota keluarga mungkin ditanggung dengan plan asuransi kesehatan yang disponsori oleh perusahaan).

Liabilitas (*Liability*) Tanggung jawab individual karena menyebabkan cedera orang lain atau kerusakan milik orang lain yang disebabkan kelalaian.

Kelalaian (*Negligence*) Kegagalan untuk menggunakan perawatan yang wajar. Kegagalan mengerjakan sesuatu yang dapat dilakukan oleh orang yang berhati-hati dalam situasi yang sama.

Peril Terminologi asuransi untuk risiko, penyebab yang mungkin dari cedera, atau kejadian yang menyebabkan kerusakan atau kerugian.

Polis (*Policy*) Suatu kontrak tertulis untuk asuransi antara sebuah perusahaan asuransi dan pihak terasuransi.

Rider Terminologi yang digunakan untuk mendeskripsikan suatu dokumen yang mengamandemen atau mengubah polis awal.

Umbrella liability Suatu bentuk perlindungan asuransi di luar jumlah yang ditanggung oleh polis asuransi tanggung gugat (*liability insurance*). Hal ini juga melindungi pihak terasuransi dalam situasi yang ditanggung oleh polis liabilitas biasa.

Kompensasi pekerja (*Worker's compensation*) Suatu polis yang membayarkan manfaat pada seorang pekerja (atau keluarganya) untuk luka-luka atau kematian terkait pekerjaan.

Jenis Asuransi untuk Sebuah Apotek

Tergantung dari kebutuhan tiap-tiap apotek, beberapa tipe polis asuransi dapat diperlukan untuk menyediakan perlindungan risiko bisnis yang memadai. Lokasi geografis, jenis praktik, dan jasa yang ditawarkan akan memengaruhi tipe asuransi yang diperlukan. Proses manajemen merupakan proses yang kontinyu, dan evaluasi periodik diperlukan untuk menangani ancaman risiko yang baru atau muncul.

Ancaman-ancaman yang muncul yang dibahas kemudian pada bab ini memberikan contoh bagaimana perubahan saat ini dalam praktik perawatan kesehatan (topik privasi) dan teknologi menciptakan ancaman risiko yang baru dan berbeda bagi apotek.

Asuransi Properti

Ini merupakan tipe paling umum dari asuransi untuk melindungi properti dan aset fisik suatu badan usaha. Polis ini umumnya mencakup kerugian yang disebabkan oleh kebakaran atau petir dan kecurian serta biaya properti bergerak untuk melindunginya dari bahaya lebih lanjut. Properti yang harus diasuransikan termasuk gedung-gedung (sewa atau milik senam), peralatan, persediaan, peralatan tetap, inventaris, uang, catatan piutang dagang, komputer dan peralatan penyimpanan data lainnya, kendaraan, dan aset tak berwujud (misalnya, *goodwill* dan nilai kerahasiaan perdagangan). Tanggungan tambahan dapat dibeli untuk "*extended perils*" (risiko tambahan), seperti badai, hujan es, banjir, ledakan, kerusuhan, atau kejadian khusus lainnya. Seorang manajer apotek harus mengetahui dengan tepat apa yang ditanggung di dalam polis asuransi properti dasarnya untuk menentukan apakah tanggungan tambahan diperlukan karena lokasi geografi atau kondisi lokal.

*Asuransi Tanggung Gugat (juga dikenal sebagai *Casualty Insurance*)*

Asuransi tanggung gugat melindungi badan usaha terhadap klaim yang diajukan ketika dituntut atas kerusakan atau cedera karena kelalaian dari bisnis atau pekerjaannya. Asuransi tanggung gugat umumnya mencakup cedera badan, kerusakan properti, luka personal (termasuk pencemaran nama baik dan mencampuri urusan pribadi), serta cedera pengiklanan. Cedera pengiklanan dapat terjadi ketika aktivitas pengiklanan menyebabkan kerugian bagi orang lain karena kebohongan, penistaan, pencemaran nama baik, pelanggaran privasi, atau penyalahgunaan hak cipta atau merek dagang (Rupp's, 2002). Biaya hukum yang terlibat dalam tuntutan kelalaian (yaitu, investigasi, penyelesaian, atau sidang) juga harus ditanggung oleh polis. Dalam masyarakat yang sadar hukum dewasa ini, asuransi tanggung gugat penting untuk tiap badan usaha, termasuk apotek. Bahkan gugatan palsu dengan harapan keberhasilan kecil sekali pun yang diajukan oleh penuntut akan berakibat pada pengeluaran biaya yang diperlukan oleh apotek untuk membela dirinya. Jika sebuah apotek terbukti melakukan kelalaian (seperti dalam kesalahan pemberian obat), satu pengadilan saja dapat mengakibatkan klaim senilai jutaan dolar, dengan akibat lanjut kehancuran keuangan untuk sebuah apotek yang tidak diasuransikan. Asuransi tanggung gugat tidak melindungi terhadap aspek nonkinerja suatu kontrak, pemecatan pekerja yang tidak benar, pelecehan seksual, atau gugatan ras atau gender.

Polis Pemilik Bisnis (Business Owner's Policy)

Perusahaan asuransi umumnya menggabungkan tanggungan dari properti dan tanggung gugat dalam polis yang sama untuk pemilik bisnis kecil. Polis ini memungkinkan cakupan asuransi yang lebih luas, umumnya dengan premi yang lebih murah, dibandingkan jika asuransi properti dan tanggung gugat dibeli secara terpisah. Bisnis-bisnis kecil harus memenuhi kriteria tertentu sebagai syarat untuk dapat mengikuti polis ini, seperti memiliki kurang dari 100 pekerja dan pendapatan tidak melebihi jumlah yang ditetapkan. Polis ini umumnya tidak termasuk *professional liability coverage*, kompensasi pekerja, atau asuransi kesehatan pekerja. Itu semua harus dibeli secara terpisah.

Asuransi Tanggung Gugat Individual Profesional (Individual Professional Liability Insurance)

Para farmasis sering membeli polis *individual professional liability insurance* sebagai tambahan untuk asuransi yang mungkin disediakan oleh bisnis atau perusahaannya. Polis ini melindungi individu terhadap klaim yang muncul dari kesalahan atau kecerobohan yang terjadi atau diduga, termasuk kelalaian, dalam melaksanakan aktivitas atau tugas profesional. Polis individual dibeli karena batas polis bisnis mungkin tidak cukup tinggi, dan tidak akan menanggung farmasis di luar tempat kerjanya. Polis ini umumnya menyediakan tanggungan sampai \$1 juta hingga \$2 juta per kejadian.

Key Person Insurance

Asuransi ini dirancang untuk melindungi suatu badan usaha dari kerugian keuangan jika orang yang memegang peran kunci (kemungkinan besar pemilik atau rekan) meninggal atau mengalami kecacatan. Sebagai contoh, jika pemilik apotek meninggal mendadak atau menjadi cacat, polis ini akan membayar untuk menemukan dan melatih pengganti atau mengganti keuntungan yang dapat diperoleh perusahaan jika orang kunci tadi tidak meninggal.

Umbrella Liability atau Excess Liability

Adalah mungkin bahwa suatu gugatan yang diajukan terhadap sebuah apotek melebihi batas perlindungan liabilitas primer. Sebagai contoh, polis *tanggung gugat* dasar suatu apotek dapat menyediakan suatu tanggungan maksimum senilai \$300.000, tapi apotek mengalami suatu gugatan yang penyelesaian atau denda pengadilannya mencapai \$1 juta. Polis *umbrella* dapat menanggung perbedaan antara batas liabilitas dasar dan jumlah biaya pengadilan. Suatu polis *umbrella* diaktivasi hanya jika batas polis dasar yang ada telah terlewati dan habis. Polis *umbrella liability* dapat menambah tanggungan substansial dengan biaya tambahan yang relatif kecil.

Kompensasi Pekerja

Asuransi ini menanggung pengeluaran medis, kecacatan, dan kematian bagi orang-orang yang menjadi tanggungan dari seorang pekerja yang mengalami kecelakaan, sakit, atau kematian terkait dengan pekerjaannya. Perusahaan dituntut untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman bagi para pekerjanya. Kegagalan untuk menyediakan suatu lingkungan yang aman membuat perusahaan bertanggungjawab terhadap bahaya yang dialami pekerjanya dan dapat menimbulkan gugatan klaim kerusakan dari pekerja. Kompensasi pekerja dapat merupakan suatu pengeluaran yang mahal untuk beberapa tipe bisnis yang risiko cedera bagi pekerjanya tinggi, seperti konstruksi. Contoh-contoh dari cedera yang terkait dengan apotek adalah yang diakibatkan oleh jatuh, kelelahan, atau gerakan-gerakan berulang, seperti menggunakan papan ketik komputer. Nilai tanggungan sangat tergantung dari peraturan di tiap-tiap negara bagian dan tipe dari pekerjaan tempat karyawan tersebut.

Terdapat beberapa perusahaan asuransi yang mengkhususkan diri pada penyediaan tanggungan asuransi untuk apotek. Merupakan suatu ide yang baik bagi manajer apotek untuk bertemu dengan perwakilan dari perusahaan-perusahaan ini untuk membahas kebutuhan asuransi spesifik mereka dan membandingkan tawaran polis. Apotek dapat juga membeli tanggungan tambahan untuk layanan spesialisasi yang mereka mungkin tawarkan. Contoh untuk hal ini termasuk polis untuk peralatan kesehatan rumah, jasa farmasis konsultan, dan asuransi tanggung gugat profesional untuk farmasis. Seperti telah disebutkan sebelumnya, sebaiknya para farmasis membeli asuransi tanggung gugat profesional individual untuk perlindungan yang lebih menyeluruh.

■ RISIKO-RISIKO YANG MUNCUL TERKAIT PRAKTIK FARMASI MODERN

Industri perawatan kesehatan, termasuk apotek, merupakan salah satu lingkungan yang paling dinamis saat ini. Perawatan kesehatan adalah salah satu lingkungan yang kaya dengan teknologi, dan apotek sering mendorong inovasi dan kemajuan teknologi. Sebagai contoh, apotek sekarang umumnya menggunakan robot mesin untuk membantu proses penyiapan obat resepnya. Apotek telah lama menggunakan komputer dalam transmisi klaim resep pihak ketiga dan membagi informasi antar apotek. Dewasa ini, semakin banyak resep-resep yang ditransmisi secara elektronik dari dokter ke apotek, suatu proses yang dikenal dengan *electronic prescribing (e-prescribing)*. Meskipun kemajuan di bidang teknologi dapat memberikan keuntungan dalam hal keamanan pasien dan pengurangan biaya, apotek perlu

memasukkan teknologi-teknologi baru ini ke dalam proses manajemen risiko mereka. Para pekerja perlu dilatih untuk sadar akan peraturan serta persyaratan tentang kerahasiaan pasien. Para farmasis perlu memeriksa dan memverifikasi tidak hanya aktivitas penyerahan resep oleh teknisi tetapi juga input komputer dan tinjauan data. Tidak mempedulikan atau tidak mengerti dampak dari tuntutan profesional atau teknologi yang baru dapat menimbulkan risiko bagi apotek. *Omnibus Budget Reconciliation Act* 1990 (OBRA 90) dan *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) merupakan contoh dari perubahan nyata dalam praktik farmasi yang mengenalkan faktor-faktor risiko yang harus dipertimbangkan oleh apotek dalam manajemen risiko.

Omnibus Budget Reconciliation Act Tahun 1990 (OBRA 90)

Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) ditetapkan oleh Kongres pada basis tahunan. Undang-undang ini digunakan terutama untuk menetapkan anggaran untuk semua badan serta aktivitas pemerintahan dan umumnya hanya sedikit berkaitan dengan farmasi. Akan tetapi, OBRA yang diloloskan oleh Kongres pada 1990 (OBRA90) memiliki implikasi untuk biaya farmasi serta program farmasi negara bagian Medicaid. Secara umum, OBRA 90 mengkhususkan apa yang diharapkan oleh farmasis dalam menyediakan terapi obat untuk pasien Medicaid. Sampai tahun 1993, para farmasis yang menyediakan pengobatan bagi penerima Medicaid negara bagian diminta untuk menyiapkan tinjauan penggunaan obat prospektif (*prospective drug use review, ProDUR*) dan konseling pasien serta menyimpan rekam pasien dengan tepat. Kebanyakan negara bagian segera mengamandemen undang-undang praktik kefarmasiannya untuk menyaratkan semua pasien mendapatkan tingkat pelayanan kefarmasian ini. Walaupun pasien mempunyai pilihan untuk menolak koseling, para farmasis sekarang memiliki kewajiban legal untuk menyediakan informasi bagi para pasien mereka. Sementara kebanyakan farmasis menyambut pengakuan legal dari tanggung jawab profesional praktik kefarmasian modern, OBRA 90 dan perubahan yang dihasilkan dalam undang-undang praktik farmasi negara bagian mewajibkan apotek-apotek memeriksa ulang paparan risiko mereka. Secara historis, para farmasis dan paparan liabilitas farmasi telah dibatasi dari kesalahan (kelalaian) jika suatu obat resep disiapkan secara tidak benar. Suatu kebijakan yang dikenal dengan *learned intermediary doctrine* memegang prinsip tradisional bahwa farmasis tidak punya kewajiban untuk memperingatkan pasien terhadap reaksi merugikan yang potensial atau masalah lain yang terkait dengan penyiapan obat resep dengan baik. Kewajiban untuk memperingatkan itu berada di tangan dokter yang meresepkan. Akan tetapi, dengan kemunculan OBRA 90 dan standar profesional baru

praktik farmasi, doktrin ini mulai ditinggalkan (Dinardo, 2006; Hollaren, 1995). Walaupun tiga perempat dari semua klaim terhadap farmasis masih terkait dengan penyerahan obat yang salah atau dosis yang salah, klaim tinjauan obat terhadap farmasis (yaitu, pemeriksaan interaksi, alergi, dan masalah lain), yang nyaris tidak ada sebelum tahun 1991, sekarang menjadi 9 persen dari semua klaim (O'Donnel, 2005).

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Tahun 1996

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), yang menetapkan standar untuk kerahasiaan informasi kesehatan yang teridentifikasi secara individual, disahkan menurut hukum pada tahun 1996 dan efektif pada tahun 2003. *Department of Health and Human Service* (HHS) diminta oleh Kongres untuk menyebarluaskan standar kerahasiaan dan menetapkan standar keamanan bagi informasi kesehatan pasien (DHHS, 2003). Standar untuk keamanan dan privasi saling berkaitan sehingga jika memenuhi standar keamanan, akan memenuhi masalah privasi juga (Spies dan Van Dusen, 2003). Suatu informasi kesehatan individual disebut *protected health information* (PHI) dan terikat pada aturan privasi dan keamanan HIPAA.

Apotek-apotek terkena oleh aturan ini dalam dua cara. Apotek, menurut definisi, berhubungan dengan PHI (yaitu, resep itu sendiri adalah PHI). Jika apotek menggunakan komputer, informasi bersifat elektronik dan dikenal sebagai *ePHI* (Barlas, 2004). HIPAA melindungi semua "informasi kesehatan yang teridentifikasi secara individual" yang dipegang atau disebarkan oleh sebuah badan tertutup atau mitra bisnisnya dalam setiap bentuk atau media, apakah elektronik, kertas, ataupun oral (DHHS, 2003). Informasi tertutup ini termasuk data demografis, termasuk kesehatan fisik atau mental individu (dulu, kini, atau yang akan datang); perawatan kesehatan yang diberikan kepada individu yang bersangkutan; dan informasi pembayaran dan pengenalan umum (misalnya, nama, alamat, tanggal lahir, dan Social Security Number) yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi individu yang bersangkutan. Apotek mesti memiliki sejumlah kebijakan dan prosedur untuk dapat mematuhi amanat dari HIPAA. Ini termasuk melakukan penilaian risiko, menunjuk petugas keamanan dan kerahasiaan untuk memastikan kepatuhan, serta menjalankan kebijakan dan prosedur untuk mendeteksi dan mencegah pelanggaran keamanan.

Hal-hal ini merupakan topik utama terkait HIPAA yang dapat memberi risiko pada apotek. Ini termasuk juga prosedur untuk menangani PHI pada kejadian kebakaran, pencurian, malfungsi sistem, dan situasi bencana (Spies dan Van Dusen, 2003). Bahkan peristiwa yang terlihat ringan seperti pesan tempel yang mengingatkan permintaan konsumen di dalam area apotek atau seorang teknisi yang secara verbal ingin

tahu di konter apakah Zolort untuk resep Tuan Jones datang saat kiriman paket pagi dari pedagang besar merupakan pelanggaran HIPAA. Paparan risiko yang melibatkan PHI tidak hanya sebatas pada pelanggaran hukum federal. Klaim cedera personal (bukan cedera badan) merupakan satu dari area yang tumbuh paling cepat dari klaim liabilitas profesional terhadap apotek (O'Donnel, 2005). Klaim-klaim ini meliputi pencemaran nama baik, fitnah, atau pengeluaran catatan rahasia yang tidak resmi. Pengeluaran informasi kesehatan pasien yang terlindungi secara hukum berkontribusi pada pengeluaran catatan rahasia yang tidak resmi.

Risiko Terkait Teknologi Informasi

Sektor perawatan kesehatan secara umum dan apotek komunitas secara khusus telah menjadi semakin bergantung pada teknologi informasi. Hampir semua aspek dari barang, jasa, dan aktivitas yang disediakan atau dilakukan oleh apotek komunitas telah semakin terhubung dengan sistem teknologi informasi. Banyak apotek komunitas yang telah sangat berinvestasi pada sistem teknologi informasi tidak hanya untuk penyerahan obat resep dan menyimpan rekam pasien tapi juga untuk digitalisasi sistem keuangan dan akuntansi, perencanaan sumber daya perusahaan, dan hampir semua unsur bisnis mereka lainnya. Teknologi informasi selalu memberikan manfaat bagi apotek komunitas dalam banyak cara. Akan tetapi, ketergantungan yang meningkat dari apotek akan teknologi informasi telah membawa risiko yang relatif baru dan semakin penting yang dikenal dengan *risiko terkait teknologi informasi* (*information technology-related risk*, ITRR), sering disebut risiko digital. Hampir tiada hari tanpa adanya laporan bahwa beberapa bisnis kehilangan informasi rahasia dari klien atau jaringan komputer yang disusupi oleh pihak yang tidak bertanggung jawab.

Selain ITRR biasa yang harus dihadapi oleh bisnis, apotek komunitas mempunyai data kesehatan, resep, dan keuangan yang dapat menjadi target yang menarik bagi pihak-pihak yang tidak bertanggung jawab yang ingin mendapatkan akses terhadap data-data tersebut. Dengan demikian, risiko-risiko karena implementasi dan ketergantungan pada teknologi informasi secara potensial dapat mengurangi manfaat yang dihasilkannya jika tidak memberi perhatian khusus pada implementasi dan manajemen teknologi informasi. ITRR yang dipikul oleh apotek komunitas dapat dikelompokkan ke dalam beberapa bidang:

Risiko Strategis

Risiko strategis merupakan risiko pertama dan terpenting yang dihadapi oleh apotek yang menerapkan teknologi informasi. Untuk menjadikan proyek teknologi informasi berhasil dalam jangka panjang, apotek harus memeriksa kompatibilitas teknologi dengan misi dan tujuan mereka (lihat Bab 3).

Bisnis harus membuat pilihan antara berinvestasi dalam teknologi informasi dan tipe sumber daya lainnya untuk mencapai keseluruhan tujuan dan sasaran mereka. Walaupun tujuan dari kebanyakan teknologi informasi adalah untuk mencapai efisiensi dan keuntungan kompetitif, selalu ada risiko sehingga organisasi akan lebih baik jika melaksanakan cara selain itu. Biaya dari risiko ini dikenal dengan *biaya peluang*. Risiko seperti ini dapat berakibat pada kegagalan memenuhi tujuan dan sasaran apotek serta secara potensial dapat memposisikan apotek pada risiko kehilangan finansial yang signifikan.

Keberhasilan implementasi teknologi informasi dapat menjadi sulit dicapai. Menurut Standard Group CHAOS Report (2003), analisis dari 13.522 proyek teknologi informasi ditemukan bahwa 15 persen mengalami "kegagalan" dan 51 persen lainnya dianggap "dipertanyakan". Lebih jauh, sebuah survei menemukan bahwa 30 persen dari semua proyek aplikasi yang berlangsung lebih dari satu tahun "gagal memenuhi persyaratan bisnis" (Lynch, 2007). Dalam suatu survei 82 perusahaan Fortune 500, 44 persen responden mengalami "penghentian total" dan 16 persen lainnya mengalami "penghentian sebagian besar" (Ewusi-Mensah, 2003). Di dalam apotek komunitas, kegagalan jenis ini dapat berjumlah banyak dan luas. Sebagai contoh, suatu sistem teknologi informasi yang baru (atau bahkan yang sekarang ada) mungkin gagal untuk terhubung dengan sistem *pharmacy benefit manager* (PBM), yang menyebabkan ketidakmampuan untuk memproses hampir keseluruhan resep pihak ketiga. Suatu kegagalan dari sistem teknologi informasi untuk dapat terhubung dengan sistem pedagang besar dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk memesan dan menerima obat-obatan dan barang lainnya secara berkala. Ini hanyalah dua dari banyak contoh dari kegagalan sistem yang dapat dialami sebuah apotek dan dapat merintangi kinerja keuangannya.

Masalah perilaku organisasi dapat muncul ketika mengintegrasikan teknologi informasi ke dalam praktik farmasi. Hal-hal ini sering terjadi ketika para pemangku kepentingan (yaitu, pekerja dan pasien yang berinteraksi dengan sistem ini) tidak dibekali dengan pelatihan yang tepat sebelum atau sesudah implementasi teknologi informasi. Dampak yang diinginkan dari integrasi teknologi informasi ke dalam operasi apotek dapat terjadi hanya jika ada komunikasi, komitmen, kerja sama, dan koordinasi yang baik antar semua pemegang kepentingan. Para manajer farmasi menanggung risiko yang terkait dengan akuisisi dan implementasi sumber daya teknologi informasi ketika ada penyangkalan dari reaksi merugikan potensial yang dapat terjadi di waktu yang akan datang. Para manajer apotek harus "berpikir berbeda" dan mempertimbangkan setiap situasi buruk yang dapat timbul dari implementasi dan peningkatan ketergantungan pada teknologi informasi.

Risiko Kinerja

Risiko kinerja adalah derajat ketidakpastian yang ada dalam pembelian dan aplikasi solusi teknologi informasi yang dapat menjauhkan sistem dari pemenuhan spesifikasi teknisnya atau dari menjadi sesuai dengan penggunaan yang dimaksudkan serta konsekuensinya (Browning, 1999). Aspek yang paling penting dari kinerja—aspek yang berkontribusi paling banyak pada risiko kinerja—akan bervariasi sesuai dengan kebutuhan dan keinginan apotek (Barker et. al., 1998).

Risiko kinerja muncul dari kompleksitas produk. Kompleksitas produk melibatkan sejumlah komponen, fungsi, dan antarmuka dalam sistem informasi apotek. Ada sejumlah faktor yang berkontribusi pada kompleksitas produk:

PERSYARATAN SISTEM. Spesifikasi yang diminta oleh suatu apotek dalam teknologi informasinya berhubungan langsung dengan derajat kompleksitas produk dan risiko kinerja. Tantangan ini diakibatkan oleh berbagai tugas individual yang disyaratkan apotek dari teknologi informasi serta keinginan untuk mengintegrasikan tugas-tugas ini ke dalam suatu bentuk teknologi. Sistem informasi apotek mesti menangani beragam unsur yang kompleks dan saling terkait, seperti memasukkan data resep, pemrosesan klaim, pemberian harga obat resep, inventarisasi, dan manajemen keuangan (lihat Bab 6). Keterkaitan ini membuat sulit untuk menyeimbangkan kinerja optimal dalam semua bidang ini dan mencapai tujuan rancangan akhir dari sistem (yaitu, peningkatan efisiensi operasional dan keamanan pasien). Sebagai contoh, sistem informasi mesti bekerja untuk memutuskan klaim resep pihak ketiga dan pada saat yang sama memeriksa substitusi terapeutik atau interaksi obat-obat untuk pasien tertentu. Bidang perhatian yang lain bagi apotek adalah penyimpanan data. Sistem informasi apotek telah menjadi suatu tempat penyimpanan PHI yang besar untuk pasien. Kebutuhan untuk mencegah akses pihak ketiga yang tidak berkepentingan pada data sensitif pasien meningkatkan peluang data menjadi rusak atau hilang karena tidak sesuai penyimpanan, berkurangnya replikasi (*backup*), dan proses enkripsi serta dekripsi yang rumit. Dengan demikian, ada suatu kompromi antara kerahasiaan data dan penyimpanan data yang lama.

MODULARITAS Kemampuan komponen yang penting untuk berfungsi tanpa bergantung pada aplikasi utama lebih disukai untuk sistem teknologi informasi yang dijalankan oleh apotek. Sistem ini harus dapat diuraikan menjadi subsistem yang membuat produk menjadi tidak rumit. Ini akan memberikan ruang untuk peningkatan mutu komponen individual dibandingkan merancang ulang sistem keseluruhan ketika spesifikasi-spesifikasi berubah pada bidang tertentu, misalnya pemrosesan klaim.

Risiko Operasional

Risiko operasional umumnya didefinisikan sebagai risiko kerugian yang diakibatkan oleh ketidakcukupan atau kegagalan proses internal, orang, atau kejadian eksternal (APRA, 2007; Erickson, 2001; McCuaig, 2005; Vaughn, 2005; Walker, 2001; Wikipedia, 2007). Risiko operasional teknologi informasi di zaman farmasi digital sekarang ini dicirikan dengan enam faktor peristiwa:

1. *Kecurangan internal* merupakan tindakan yang dilakukan oleh paling tidak satu pihak internal (khususnya pekerja) yang menimbulkan pencurian dan/atau kehilangan data. Teknologi informasi menciptakan suatu lingkungan yang menggoda bagi pekerja untuk melakukan penipuan bukan saja karena imbalan dari aktivitas semacam ini yang tinggi, melainkan juga karena risiko terdeteksi yang minimal.

Intranet dapat menolong sebuah apotek beroperasi lebih efisien dengan memungkinkan informasi untuk dibagi serta dikomunikasikan secara cepat dan dapat dipercaya. Akan tetapi, adanya banyak pengguna meningkatkan kerentanan intranet terhadap ancaman internal. Aplikasi intranet dan isinya dapat terpapar pada pengguna yang lebih besar daripada pengguna yang sah dari intranet. Penelitian akhir-akhir ini menyebutkan bahwa lebih dari 30 persen dari semua organisasi melaporkan paling tidak satu insiden keamanan berawal di dalam organisasi dan tambahan 24 persen melaporkan insiden keamanan, tetapi tidak dapat menentukan asalnya (Allan, 2006). Intranet apotek dapat jadi rentan ketika basis pengunanya lebih besar dan lebih kompleks. Pengguna intranet apotek umumnya meliputi para pekerja, pedagang besar, penjual, mitra bisnis, dan pihak-pihak terkait lainnya seperti mahasiswa farmasi. Secara kebetulan, jalur dari luar intranet ke dalam jaringan dapat menjadi kurang efektif ketika *gateway* yang diperlukan untuk melindungi aset organisasi (kebanyakan data) bertambah besar cakupan dan ukurannya. Akhirnya, derajat perlindungan yang ditawarkan oleh *firewall* dapat berkurang dengan diberikannya pengecualian-kecualian terhadap kontrol intranet apotek.

2. *Kecurangan eksternal* merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh pihak ketiga yang menyebabkan pencurian data, kehilangan data, dan kerusakan fungsi. Orang-orang dengan keterampilan teknologi dapat mengakses (*hack*) sistem komputer apotek untuk mencuri atau memanipulasi informasi pasien untuk alasan keuangan atau non-finansial. Sebagai contoh, penyedia jasa telepon seluler T-mobile mengalami masalah keamanan yang menyebabkan tersebar informasi pribadi Paris Hilton dan nomor telepon dari banyak bintang Hollywood (Bian, 2005). Dapat dibayangkan masalah yang dapat

timbul jika data pasien yang tersimpan dalam suatu basis data apotek tersebar, dicuri, atau dimanipulasi.

Umumnya, ancaman dari pengguna eksternal dapat diklasifikasikan ke dalam satu dari dua kelompok ini: serangan informasi dan serangan fungsi bisnis. *Serangan informasi* dapat menimbulkan kerusakan tampilan *web*, pencurian data keuangan, penyangkalan pelayanan, dan degradasi kinerja jaringan. *Serangan fungsi bisnis* dapat menyebabkan kerusakan permintaan ulang obat online, *e-prescribing* dokter, dan manajemen inventarisasi serta gangguan kerja jadwal otomatis. Salah satu dari bidang yang paling rentan dari teknologi informasi untuk apotek adalah *server Web* untuk aplikasi internet (misal, situs *Web* apotek yang pasien dapat memesan penyiapan ulang obat atau pembelian lainnya). *Server Web* yang belum terkonfigurasi secara spesifik untuk kebutuhan apotek (yaitu, konfigurasi *default*, validasi input yang tidak cukup, enkripsi yang kurang, pembersihan file-file sementara yang tidak benar, dan manajemen sesi pengguna yang buruk) merupakan hal-hal yang rentan terhadap serangan serius yang dapat melemahkan aplikasi.

Perangkat penting lain dari otomatisasi apotek adalah *barcode*, yang dapat digunakan untuk meningkatkan keamanan pasien, memudahkan manajemen inventarisasi, menyerahkan obat resep yang sudah diperiksa pada pasien, dan mengisi ulang lemari stok otomatis (lihat Bab 22). Akan tetapi, *barcode* dapat dipintas dan semakin mudah disalahgunakan. Untuk menduplikasi suatu *barcode*, hanya diperlukan font dari *barcode*, alat pemindai, dan program piranti lunak yang sesuai. Apotek dapat berada dalam risiko yang besar ketika memelihara keamanan sistem pasokannya karena risiko obat palsu yang menjadi semakin umum. *Chip radiofrequency identification* (RFID) sekarang dikembangkan untuk membantu memelihara keamanan dari sistem pasokan obat (lihat Bab 22).

3. *Pembunuhan lewat komputer* merupakan penggunaan sistem teknologi informasi untuk melakukan perbuatan jahat yang menyebabkan kematian pasien (Brenner, 2001a, 2001b). Seorang pengguna dapat mengakses sistem teknologi informasi dan mengubah data perawatan kesehatan atau resep pasien. Jika sistem komputer suatu apotek dilemahkan, peristiwa seperti ini dapat jadi sangat mungkin, dan dapat berdampak besar pada bisnis suatu apotek. Walaupun tidak ada peristiwa seperti ini tercatat dalam lingkup apotek, hal ini mudah dilakukan. Sebagai contoh, bagaimana jika seorang pasien mengalami alergi parah terhadap obat seperti penisilin? Mungkin saja orang jahat mendapat akses ke rekam pasien melalui sistem teknologi informasi apotek dan mengubah rekam pasien sehingga alergi tidak lagi tercatat? Selain itu, jika suatu resep ditulis untuk penisilin atau produk mirip

penisilin, kontraindikasi mungkin tidak tertangkap oleh piranti lunak komputer. Contoh ini memang sangat disederhanakan, tetapi dapat dengan mudah menunjukkan bahwa tanpa pengamanan sistem teknologi informasi, ada potensi tinggi yang membahayakan atau membunuh pasien karena sifat sensitif dari data pasien yang tersimpan pada basis data apotek.

4. *Selubung digital* merupakan istilah yang dipakai jika penggunaan komputer atau mesin otomatis untuk menjalankan tugas terkait bisnis menciptakan suatu perasaan unik di antara pekerja, yang mengakibatkan berpuas diri dan percaya begitu saja terhadap otomatisasi. Hal ini berakibat pada suatu pemisahan mental proses kerja, seolah-olah berada di bawah selubung digitisasi.

Pada musim panas 1995, kapal pesiar Panama Royal Majesty terdampar di pulau Nantucket. Kapal terbawa keluar jalur karena sistem navigasi yang dipandu satelit mengalami kegagalan tanpa diketahui, dan kru tidak memonitor sumber informasi lain yang dapat mengingatkan mereka bahwa mereka dalam bahaya. Untungnya, tidak ada orang yang terluka, tetapi kesalahan itu menimbulkan kerugian bagi armada Majesty Cruise sebesar \$7 juta akibat kerusakan dan kehilangan pemasukan (Azar, 1998). Kondisi serupa dapat terjadi di apotek yang sangat terotomatisasi dewasa ini. Para pekerja dapat menjadi berpuas diri, dan kesalahan yang terjadi baik pada keamanan pasien maupun apotek dapat menjadi bencana.

5. *Pertukaran antara otomatisasi dan manusia* menjadi lebih penting sejalan dengan lebih bergantungnya apotek pada otomatisasi. Pengalaman bertahun-tahun serta faktor situasi tidak dapat dimasukkan ke dalam piranti lunak, yang membuatnya kurang mampu untuk berurusan dengan situasi darurat dibandingkan dengan manusia. Mesin tidak punya kemampuan pemecahan masalah yang dimiliki manusia untuk merespon situasi atau ancaman-ancaman yang baru.
6. *Kegagalan sistem* dapat terjadi dengan cara yang beragam begitu sebuah bisnis apotek diotomatisasi. Kegagalan sistem dapat membawa akibat yang merusak. Penggunaan jasa *Web* yang canggih dan saling tersambung seperti permohonan dan pemrosesan pengisian ulang resep, pemrosesan asuransi, dan manajemen inventarisasi menciptakan suatu jaringan lapisan level-data yang menggabungkan fungsi bisnis secara bersamaan. Jika suatu fungsi rusak, keagalannya berpotensi menciptakan suatu efek berurutan, menyebabkan layanan *Web* lain juga mengalami kegagalan. Disamping itu, suatu serangan terhadap satu simpul tunggal yang menyokong transaksi pembelian dalam rantai pasokan dapat merusak basis data pada beberapa apotek, mengganggu logistik dan organisasi pengapalan pihak ketiga, serta menciptakan kesalahan dalam laporan keuangan dan manajemen inventarisasi.

Kerusakan mungkin tidak dapat dilokalisasi sampai ke simpul yang pertama kali diserang. Kerusakan dapat meluas di antara jaringan bisnis dan lintas perusahaan.

Contoh-contoh kegagalan sistem yang baru saja dikutip bersifat umum dan terjadi pada setiap bisnis yang terotomatisasi. Akan tetapi, beberapa kegagalan sistem bersifat unik untuk apotek karena keterbatasan waktu dan peraturan. Peralatan peracikan obat yang terotomatisasi telah menjadi semakin umum untuk meningkatkan efisiensi apotek dan meningkatkan keamanan pasien. Walaupun implementasi peracikan obat yang terotomatisasi mengurangi waktu personel untuk pemberian obat dan meningkatkan efisiensi tagihan, penurunan jumlah kesalahan pengobatan belum terealisasi secara seragam (Murray, 2011). Di samping itu, suatu studi kasus oleh Perry, Wears, dan Cook (2005) memberikan wawasan yang jelas untuk risiko operasional yang terkait dengan kegagalan unit peracikan obat yang terotomatisasi. Kegagalan otomatisasi dapat menguji kemampuan adaptif dari para praktisi. Pada kasus khusus ini, suatu unit peracikan obat terotomatisasi pada bagian darurat telah gagal meracik obat pada situasi darurat. Para penulis meyakini bahwa semakin dapat diandalkan suatu sistem teknologi, semakin sedikit pekerja terampil yang merespons kerusakan sistem yang mungkin terjadi. Akhirnya, keinginan untuk mencegah kesalahan manusia oleh para praktisi dapat menimbulkan otomatisasi yang rapuh dan bentuk kegagalan tidak terencana yang mustahil untuk direncanakan.

Risiko Psikososial

Risiko psikososial melibatkan permasalahan moral dan legal dalam interaksi teknologi informasi dan keamanan serta bahaya bagi kesehatan, yang dihadapkan oleh teknologi pada para pekerja di tempat kerja (Burton, 2006). Apotek yang memiliki risiko yang meningkat dengan kondisi ini juga berisiko lebih tinggi untuk biaya kompensasi pekerja, ketidakhadiran, kecacatan jangka pendek dan panjang, dan penurunan produktivitas. Bisnis yang sangat terotomatisasi,

seperti apotek, mungkin terlihat merupakan suatu lingkungan yang aman, tetapi pada kenyataannya memiliki kondisi kerja yang membahayakan. Cedera karena gerakan berulang, yang dikenal dengan gangguan trauma kumulatif (*cumulative trauma disorder*), merupakan hal yang umum di antara para pekerja yang biasa menangani otomatisasi. Gangguan trauma kumulatif yang paling umum adalah *carpal tunnel syndrome*, suatu cedera yang menyakitkan yang dapat melemahkan tangan, pergelangan, dan lengan. *Carpal tunnel syndrome* berawal terutama dari gerakan-gerakan berulang dari pengetikan dan pekerjaan komputer (Sheehan, 1990). Penyakit lain yang terkait dengan otomatisasi apotek dan penggunaan komputer termasuk nyeri leher, pundak, dan punggung bagian bawah; sakit kepala; iritabilitas; kesulitan tidur; kerusakan penglihatan; dan mata tegang (Daniels, 1995; English, 2001; Sodani, 2003).

■ PARADIGMA RISIKO

Risiko dapat didefinisikan sebagai luaran negatif (misalnya, risiko kanker paru adalah risiko di antara para perokok) atau penyebab untuk setiap luaran negatif (misalnya, merokok merupakan risiko kesehatan). Jika terdapat beberapa penyebab untuk suatu dampak tunggal atau beberapa dampak dari satu penyebab tunggal, penilaian kualitatif dari risiko menjadi rumit. Pendekatan *kuantitatif* dalam mendefinisikan risiko tidak membagi kejadian-kejadian ke dalam penyebab dan dampak secara eksplisit; melainkan ada suatu probabilitas yang diberikan pada setiap hubungan yang mungkin dan kejadiannya tidak diinginkan. Dampak dari keempat kategori risiko yang dibahas sebelumnya yang terkait dengan integrasi teknologi informasi di apotek dapat dipandang sebagai peristiwa-peristiwa yang memiliki probabilitas (yang juga merupakan risiko) karena hal ini terjadi pada waktu yang terpisah-pisah dan memiliki dampak pada aspek keuangan dan non-finansial dari apotek, sebagaimana dipaparkan pada Tabel 28-1.

Penjelasan *kualitatif* untuk risiko memberikan suatu pemahaman risiko yang lebih baik dalam hal penyebab dan

Paradigma Risiko Apotek

Pengaruh/Efek	Risiko Keuangan	Risiko Reputasi	Risiko Privasi	Risiko Keamanan
Risiko strategis	Keterbatasan anggaran; pengembalian yang rendah atau tidak ada			Keterbatasan anggaran; kehilangan data; kehilangan informasi
Risiko kinerja	Pengembalian yang rendah atau tidak ada; cedera pasien	Kehilangan konsumen/mitra dagang		
Risiko operasional	Pencurian/kehilangan data; cedera pasien	Kehilangan konsumen/mitra dagang	Pencurian data	
Risiko psikososial	Kehilangan produktivitas; peningkatan manfaat kesehatan			

dampak. Akan tetapi, identifikasi penyebab dan prediksi dampak lebih baik daripada mengidentifikasi dampak dan memprediksi penyebab untuk meminimalkan risiko karena tingginya laju kegagalan proyek sistem informasi dan sistem informasi merupakan bidang yang selalu berubah yang membawa solusi baru dan lebih maju hampir setiap tahun.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Bill Halsey dengan jelas melihat sebuah tugas berat di hadapannya jika ia membeli Corner Drug. Ia mulai membuat daftar semua permasalahan dan risiko yang harus ia hadapi. Bukan saja ia harus memperbaharui etalase di toko, melainkan juga harus memperkirakan masalah-masalah dengan tata letak apotek yang sekarang, dipandang dari aspek keamanan. Dia harus membeli sistem komputer yang baru dan menginstal teknologi informasi lainnya lalu kemudian mempertimbangkan masalah keamanan yang terkait dengan teknologi baru ini. Dua dokter lokal tertarik agar Bill dapat memonitor terapi obat untuk semua pasien geriatrik mereka. Bill menyadari bahwa ia juga harus mengembangkan program pelatihan untuk pekerja apotek guna memenuhi persyaratan HIPAA serta untuk dokumentasi konseling dan pemantauan. Salah satu dari tugas pertamanya adalah mengembangkan program manajemen risiko untuk menilai ancaman risiko saat ini dan yang akan datang serta untuk memastikan teknik mana yang harus dipakai untuk menghadapi risiko tersebut. Bill merasa lega bahwa pimpinan perusahaannya saat ini telah melibatkannya dalam pertemuan-pertemuan dengan agen asuransi dan ia juga telah benar-benar mengenal terminologi dan perencanaan asuransi. Ia mempunyai pekerjaan besar di hadapannya dan banyak yang harus dipelajari, tapi Bill telah tahu dari mana harus memulai dan apa yang harus dilakukannya.

■ KESIMPULAN

Sebagaimana manusia dalam kehidupan sehari-hari, badan usahaseperti apotek menghadapi risiko yang dapat mengancam kesehatan keuangan atau keberadaannya. Manajemen risiko merupakan proses mengidentifikasi risiko dan mengembangkan strategi untuk mengelola atau mengeliminasi luaran negatif bisnis. Program manajemen risiko merupakan sebuah komponen penting dari manajemen bisnis. Teknik manajemen risiko tidak saja meliputi penggunaan asuransi untuk memindahkan risiko tapi juga melaksanakan strategi-strategi untuk meminimalkan kemungkinan terjadinya bahaya. Para farmasis harus waspada terhadap ancaman-ancaman potensial ini dan mencari bantuan dari konsultan bisnis profesional serta rekan-rekan yang berpengalaman untuk mengembangkan dan mempertahankan program manajemen risiko yang sesuai. Saran dari para profesional

yang berpengalaman dapat menjadi sangat penting karena kebanyakan farmasis hanya punya sedikit pelatihan atau pengalaman dalam bidang ini.

Penggunaan teknologi informasi yang lebih maju pada apotek komunitas terus meningkat. Para manajer mesti secara terus-menerus waspada dalam mengamankan bukan saja aset apotek tapi juga data pasien baik dari orang-orang yang ada di dalam maupun di luar apotek. Sejalan dengan semakin tergantungnya apotek pada teknologi informasi dan serangan terhadap sistem apotek yang semakin sering dan canggih, manajer apotek yang berhasil harus menangani berbagai risiko yang dibawa oleh teknologi ini.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Mengapa program manajemen risiko merupakan suatu komponen yang penting dari suatu praktik kefarmasian progresif yang berorientasi pada pasien?
2. Kebanyakan farmasis berdebat dan berjuang untuk peran yang lebih luas dalam manajemen terapi obat (*medication therapy management*, MTM) yang berorientasi pasien. Peran-peran baru ini secara nyata meningkatkan paparan risiko bagi farmasis dan apotek. Karenanya, apakah peran-peran baru ini harus dihindari?
3. Seorang dokter lokal telah mencoba menjajaki kemungkinan membangun suatu sistem *e-prescribing* tanpa kertas dengan apotek Anda. Apakah risiko yang mungkin timbul, dan bagaimana Anda dapat meminimalkan risiko-risiko ini?
4. Anda memutuskan untuk membangun suatu *Web site* yang dapat digunakan oleh pasien Anda untuk memesan, baik obat bebas maupun resep. Apakah Anda juga akan memasukkan manajemen inventaris? Apakah risiko yang spesifik bagi keamanan pasien? Apakah risiko bagi keamanan data apotek? Adakah risiko strategis, operasional, kinerja, dan psikososial yang terlibat?

REFERENSI

- Allan D. 2006. Web Risk Exposure: Don't Forget Your Intranet. A white paper from Watchfire. Waltham, MA: Watchfire.
- APRA. 2007. Prudential Practice Guide: LPG 230-Operation risk. Tersedia di www.apra.gov.au/Life/upload/Prudential-Practice-Guide-LPG-230-Operational-Risk.pdf.
- Azar B. 1998. Danger of automation: It makes us complacent. *APA Monitor Online* 29(7). Tersedia di www.apa.org/monitor/jul98/auto.html.
- Barker K, Felkey B, Flynn E, Carper J. 1998. White paper on automation in pharmacy. Tersedia di www.ascp.com/publication/tcp/1998/mar/feature2.shtml.

- Barlas S. 2004. Securing electronic electronic HIPAA data becomes hip. *H&P* 29:343.
- Brian K. 2005. Paris Hilton Hack Started with Old Fashioned Con. *Washington Post*, 5 Mei, 2005; www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2005/05/19/AR2005051900711.html.
- Browning T. 1999. Sources of Performance Risk in Complex System. Tersedia di [http://sbufaculty.tcu.edu/tbrowning/Publications/Browningpercent20\(1999\)-INCOSEpercent20Perfpercent20Riskpercent20Drivers.pdf](http://sbufaculty.tcu.edu/tbrowning/Publications/Browningpercent20(1999)-INCOSEpercent20Perfpercent20Riskpercent20Drivers.pdf).
- Brenner S. 2001a. State cybercrime legislation in the United States of America: A survey. *Richmond J Law Technol* 7(3).
- Brenner S. 2001b. Cybercrime investigation and prosecution: The role of penal and procedural law. Tersedia di <http://npan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN003073.pdf>.
- Burton J. 2006. Psychosocial risk management: What every business manager should know! Tersedia di www.iapa.ca/pdf/2006_hwp_psychosocial_risk.pdf.
- Daniels C. 1995. Computer ergonomics: Living with computer. Tersedia di www.klis.com/computer+health/.
- Dinardo JE. 2006. Your liability in filling Rx's correctly. *Drug Topics*, 19 Juni.
- Erickson J. 2001. IT trends: Operational risk. Tersedia di www.forrester.com/Research/LegacyIT/Excerpt/0,7208,29917,00.html.
- English T. 2001. One pharmacist's battle with work-related injuries. *Pharmacy Today* 7(5).
- Ewusi-Mensah K. 2003. *Software Development Failures: Anatomy of Abandoned Projects*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Garvey PR, Cho C-C. 2003. An index to measure a system's performance risk. *Acquisit Rev Q* 10:188.
- Lynch C. 2007. IT Value Methodologies: Do They Work? *CIO WebBusiness Magazine*, Apr. 10, 2007. Diakses di www.cio.com/article/103059/IT_Values_Methodologies_Do_They_Work_/1. (diakses pada 5/20/08).
- Holleran MJ. 1995. Avoiding civil liability under OBRA 1990: Documentation is the key. *J Pharm Pract* 8:48.
- Insurances Information Institute. 2007. Glossary of Insurance Terms. Tersedia di www.iii.org/media/glossary/; diakses pada 3 Desember, 2007.
- Knaup AE. 2005. Survival and longevity in the business employment dynamics data. *Monthly Labor Rev May*:50.
- McCuaig B. 2005. The Case of Operational Risk Management. Tersedia di www.cgsservices.com/compliance/library/Case_for_Operational_Risk_Management.pdf.
- Murray M. 2001. Automated Medication Dispensing Devices. Tersedia di www.ahcpr.gov/clinic/ptsafety/pdf/chap11.pdf.
- O'Donnell JT. 2005. Pharmacist practice and liability. *J Nurs Law* 10:201.
- Perry SJ, Wears RL, Cook RI. 2005. The role of automation in complex system failures. *J Patient Saf* 1:56.
- Ropeik D, Gray G. 2002. *Risk: A Practical Guide for Deciding What's Really Dangerous in the World Around You*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rupp's Insurance & Risk Management Glossary. 2002. Chatsworth, CA: NELS Publishing.
- Sammons M. 2003. Remarks at the NACDS Pharmacy & Technology Conference. Tersedia di www.nacds.org/wmspage.cfm?parm1=3213.
- Schafermeyer KW. 2007. Private health insurance. In McCarthy RL, Schafermeyer KW (eds), *Health Care Delivery: A Primer for Pharmacists*, 4 ed. Boston: Hones and Bartlett.
- Sheehan M. 1990. Avoiding Carpal Tunnel Syndrome: A Guide for Computer Keyboard Users. Tersedia di <http://reporterbigskyoffice.com/content.php?id=36>.
- Sodani O. 2003. Computer-Related Injuries Guide. Tersedia di www.help2go.com/Tutorials/Computer_Basics/Computer_Related_Injuries_Guide.html.
- Spies AR, Van Dusen V. 2003. HIPAA: Understanding the security requirements. *U.S. Pharmacists* 28:42.
- Standish Group. 2003. CHAOS. Tersedia di www.projectsart.co.uk/docs/chaos_report.pdf.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). 2000. *The Pharmacist Workforce: A Study of the Supply and the Demand for Pharmacists*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). 2003. OCR Privacy Brief: Summary of the HIPAA Privacy Rule. Tersedia di www.hhs.gov/ocr/privacysummary.pdf.
- Vaughn R. 2005. IT Hardware Disposal Risk Management. Tersedia di www.blanco.com/binary/file/-/id/46/fid/500/.
- Walker S. 2001. Operational Risk Management: Controlling Opportunities and Threats. Tersedia di www.connleywalker.com.au/ORM/pdf.
- Wikipedia. 2007. Operational risk. Tersedia di http://en.wikipedia.org/wiki/Operational_risk.

KEPATUHAN TERHADAP PERATURAN DAN BADAN REGULASI

Bartholomew E Clark

Tentang Penulis: Dr. Clark adalah Associate Professor pada Pharmacy Science Department di Creighton University School of Pharmacy and Health Profession. Beliau mendapatkan gelar B.S. dan M.S. bidang farmasi dari College of Pharmacy, University of Illinois di Chicago dan gelar Ph.D bidang ilmu sosial dan administratif farmasi dari University of Wisconsin-Madison School of Pharmacy. Dr. Clark telah berpraktik di berbagai tataran apotek komunitas dan institusional serta bekerja sebagai manajer urusan profesi untuk National Association of Boards of Pharmacy (NABP). Bidang minat pengajaran dan penelitian beliau adalah manajemen praktik farmasi, hukum farmasi, keselamatan pasien, lingkungan kerja farmasis, dan industri pharmacy benefit manager.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendeskripsikan alasan-alasan perkembangan regulasi farmasi dan obat yang telah membentuk lingkungan legal sekarang ini bagi organisasi praktik farmasi.
2. Menyimpulkan dan menerangkan ketentuan dasar hukum farmasi dan obat utama yang didiskusikan dalam bab ini.
3. Mendeskripsikan peranan manajer dalam memantau kepatuhan apotek terhadap hukum dan standar profesional yang sesuai.
4. Menerangkan peranan manajer dalam mengembangkan dan mempertahankan kebijakan yang tepat untuk melindungi kepentingan pasien.
5. Menganalisis situasi berbasis praktik ketika hukum dan/atau standar profesional mungkin dilanggar. Pada analisis ini, pertimbangan tentang implikasi (undang-undang, peraturan, dan perdata) dari tindakan manajer dalam memecahkan masalah yang terjadi pada situasi ini dan mengajukan tindakan yang tepat untuk manajer.

■ SKENARIO

Sedikit contoh dari seberapa besar kepercayaan terhadap farmasis dan sejauh mana kepercayaan tersebut dapat dikhianati serupa dengan cerita tentang Robert Courtney, seorang mantan farmasis dari Kansas City. Selama 9 tahun sampai dengan penahanannya pada Agustus 2001, Courtney mengencerkan obat-obat kemoterapi dari lebih dari 4.200 pasien kanker untuk menaikan keuntungan bisnis apotek infusi rumahnya. Courtney melanggar hukum selain mengkhianati kepercayaan pasien dan merusak reputasinya.

Pasien memercayai farmasis untuk melakukan dan mengetahui sesuatu yang mereka sendiri tidak pahami. Pasien memercayai farmasis, mengingat hukum negara bagian dan hukum federal menyediakan tambahan lapisan pelindung pada perlindungan masyarakat terhadap bahaya dan/atau obat yang terkontaminasi dan dari bahaya dan/atau ketidakjujuran profesi. Sebagaimana sistem yang lain, kepercayaan dapat dilanggar. Mengingat bagaimana Courtney melakukan penipuanannya.

Courtney memulai pengenceran obat-obat kemoterapi terhadap pasien-pasien yang hampir meninggal. Dia memulai dengan sedikit mengencerkan obat dan beranggapan tidak akan ada orang yang memperhatikan. Kemudian, dia menjadi lebih berani dan mengencerkan lebih banyak sampai tertinggal kadar yang sangat sedikit daripada yang diresepkan. Dia mulai dengan main curang “sedikit” lalu semakin menjadi sampai dia dihukum atas kejahatannya dan dipenjara sampai 30 tahun. Seperti yang tertera di surat kabar tentang kasus ini:

“The path to hell leads one step at a time” kata Mike Kerchmark, pengacara yang agak lancang, tetapi gigih dan dengan sukses mengajukan tuntutan hukum perdata sebesar \$2,2 triliun terhadap Courtney. “Saya pikir dia mulai dari pasar gelap dan menyadari bahwa kita dapat membuat segepok uang dari sana. Kemudian dia dapat pesanan resep dari orang yang sudah dekat dengan kematiannya, dan dia mencurangnya sedikit. Kemudian dia menyadari bahwa dia dapat meneruskan kecurangannya dan tidak seorangpun yang memperhatikan. Merupakan suatu kejahatan pidana jika Anda terlibat dalam pasar gelap; kamu merusak penghalang perilaku seseorang. Kamu tidak berubah dari John-Boy menjadi Charles Manson dalam semalam” (Draper, 2003).

Walaupun kasus Courtney adalah contoh ekstrem tentang sejauh mana seseorang mengkhianati tugas profesionalnya dan melanggar hukum, penting untuk dipahami bahwa pelanggaran hukum Courtney awalnya kecil dan hampir tidak terdeteksi. Kemudian moralnya menyimpang lebih jauh dari batas karena ketamakan. Dia tidak mementingkan lagi tentang pasiennya. Dia mengkhianati kepercayaan mereka padanya. Hukum dilanggar. Kejahatan Courtney merupakan contoh yang mengerikan dan juga perih tentang bagaimana rentannya posisi pasien dan merupakan contoh tepat tentang mengapa ada hukum tentang apotek dan obat di Amerika Serikat untuk melindungi pasien.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Bagaimana persyaratan standar dan legal bagi farmasis berkembang sampai pada titik yang kita saksikan saat ini?
2. Apa arti dari peraturan apotek dan obat-obatan saat ini bagi manajer apotek?

■ PENDAHULUAN

Tujuan dari bab ini tidak untuk menampilkan pedoman belajar hukum kefarmasian, sebuah bidang yang telah dibahas menyeluruh pada buku teks lain (contohnya, Abood, 2007). Akan tetapi, tujuannya adalah untuk memberikan orientasi bagi implikasi profesional dan operasional dari undang-undang makanan dan obat-obatan, farmasi, dan regulasi profesional untuk manajer apotek. Orientasi ini seharusnya mendorong manajer apotek untuk berpikir serius tentang bagaimana legal dan regulasi lingkungan eksternal untuk organisasi praktik farmasi dapat mendesak pengaruh yang berarti pada organisasi dan anggotanya. Dorongan ini termasuk rekomendasi yang kuat untuk mengetahui, mengerti, dan mengikuti undang-undang dan standar profesional yang dapat dipakai dalam operasional apotek.

Bab ini memulai dengan diskusi tentang standar kinerja profesional farmasis dan pentingnya mereka bagi seorang manajer. Kemudian diteruskan dengan tinjauan singkat dari beberapa tonggak sejarah kunci dalam perkembangan undang-undang dan regulasi yang mengatur kualitas produk obat (pada tingkat federal) dan tingkah laku profesional farmasi (pada tingkat negara bagian). Berikutnya, disimpulkan dengan pemeriksaan pada bagaimana keberadaan standar dapat memengaruhi apa yang organisasi seharusnya dan/atau perlu lakukan. Konsep-konsep ini kemudian diilustrasikan dengan contoh studi kasus yang sesuai dengan prinsip yang ditampilkan.

■ STANDAR KINERJA PROFESIONAL FARMASIS DAN PENTINGNYA BAGI SEORANG MANAJER

Webster's Dictionary mendefinisikan *standar* sebagai “sesuatu yang dibangun oleh kekuasaan, kebiasaan, atau persetujuan umum sebagai model atau contoh” dan menyatakan bahwa *standar* “digunakan untuk peraturan, prinsip, atau ukuran tertentu yang dibuat oleh kekuasaan (standar perilaku)” (Webster's, 2003). Dari perspektif manajerial kontemporer, standar dari tingkah laku untuk farmasis dan untuk operasional dari apotek diturunkan dari undang-undang dan nilai atau standar profesional. Standar untuk tingkah laku profesional dan operasional dari apotek, baik yang dinyatakan secara formal dalam undang-undang dan regulasi atau yang ditampilkan dalam kode etik profesional adalah penting untuk dipahami dan digunakan manajer. Pelanggaran terhadap standar-standar ini dapat memengaruhi status izin dari tempat praktik apotek dan/atau farmasis sendiri, mungkin mengakibatkan pengajuan perkara di pengadilan jika pasien membahayakan sebagai akibat pelanggaran tersebut, dan pada kasus yang paling serius dapat menghasilkan tuntutan

kriminal. Tuntutan kriminal dan pertanggungjawaban perdata terjadi pada kasus Robert Courtney, farmasis yang kita diskusikan dalam skenario. Courtney dipenjarakan selama 30 tahun, didenda \$25.000, dan diminta membayar \$10,4 juta ganti rugi untuk pasien dan keluarga yang terkena dampaknya. Denda ini ditambah keputusan perdata sebesar \$2,2 milyar (Stanford, 2002).

Apa Pengertian Standar dan dari Mana Mereka Berasal?

Sebelum ada undang-undang di Amerika Serikat yang mengatur perilaku profesional spesifik, ada standar-standar atau kode etik yang dibuat oleh serikat atau organisasi profesional. Kode etik ini menyatakan secara formal tipe dan level kinerja profesional yang diharapkan asosiasi profesional dari para anggotanya. Harapan ini diperoleh dari berbagai jenis layanan ahli yang diperlukan masyarakat dari anggota profesi tersebut. Standar profesional dalam kode etik membantu menyesuaikan standar-standar tertinggi dari profesi dengan harapan masyarakat. Profesional memang berhak atas gelar sehingga status mereka harus sesuai dengan standar profesi mereka, masyarakat berharap hal yang sama dan tidak kurang dari itu.

Bledstein (1976) mendiskusikan evolusi dari hubungan antara profesional dengan siapa pun yang mereka layani dan mencatat bahwa pada pertengahan-Victorian Amerika terlihat rasa ketidakamanan yang berlaku di antara anggota dari populasi. Orang yang mencoba untuk melebarkan wawasan kultural mereka mencari profesional bahkan untuk sesuatu seperti rekomendasi mengenai bahan bacaan apa yang tepat.

Kekacauan dalam bentuk kata-kata dan krisis kepercayaan memperingatkan masyarakat yang mulai menempatkan kepercayaan pada seorang profesional. Pada pertengahan-Viktorian Amerika, warga negara menjadi klien yang memiliki kewajiban untuk percaya terhadap profesional. Otoritas sah sekarang diletakkan pada tempat yang khusus, seperti ruang pengadilan, ruang kelas, dan rumah sakit; dan terletak pada kata-kata yang diberikan hanya oleh para ahli.... Profesi seperti yang kita ketahui saat ini adalah prestasi yang berasal dari abad pertengahan-Viktorian yang merupakan bentuk tertinggi agar kelas menengah juga dapat mengejar tujuan primernya, yaitu mendapatkan kehidupan yang baik, [serta] meningkatkan tingkat moral dan intelektual masyarakat.... Orang Amerika setelah tahun 1870, walaupun sudah dimulai setelah tahun 1840, melibatkan diri mereka pada suatu kultur profesionalisme yang selama bertahun-tahun telah mengembangkan pemikiran, kebiasaan, dan respons yang telah diterima sebagaimana mestinya oleh orang Amerika yang paling modern.

Kepercayaan pada profesional hanya disebutkan pada saat sejarah budaya Amerika jauh sebelum adanya aspek komersial dari hubungan profesional-klien yang kadangkala dilihat saat ini. Dikotomi ini didiskusikan oleh May:

Kontrak dan perjanjian, menurut pertimbangan material, terlihat seperti saudara sepupu pertama; mereka mencakup pertukaran dan persetujuan antar beberapa pihak. Namun, jiwa kontrak dan perjanjian sangat berbeda. Kontrak bersifat eksternal; perjanjian merupakan internal kelompok/pihak-pihak yang terlibat. Kontrak ditandatangani untuk dilaksanakan dengan layak. Perjanjian mempunyai sesuatu yang tidak beralasan, sesuatu yang tumbuh dari perubahan ontologi dan ditujukan untuk membangun hubungan.

Terdapat elemen donatif dalam membangun perjanjian—baik perjanjian perkawinan, persahabatan, atau hubungan profesional. Sifat saling memberi-menerima mengarakterisasi suatu transaksi komersial, tetapi hal ini tidak secara mendalam mendefinisikan vitalitas hubungan yang seseorang harus melayani dan mengambil cadangan pihak lain [May, 1988, hlm. 93].

Mengapa Undang-undang yang Mengatur Tentang Obat-obatan dan Perilaku Profesional Menjadi Penting

Meskipun adanya pengakuan tugas mulia yang masyarakat berikan kepada siapa pun yang mengabdikan diri pada mereka, memaksimalkan keuntungan (dibandingkan dengan patuh pada standar yang tertinggi) kadang kala adalah tujuan dari menjual produk "obat." Stephen Hilts (2003) mendeskripsikan rincian yang lengkap dari evolusi regulasi obat di Amerika Serikat mulai di akhir abad kesembilan belas sampai saat ini. Selama akhir abad kesembilan belas dan memasuki pertengahan abad kedua puluh, undang-undang yang mengatur kandungan dan kualitas produk obat memberikan sedikit atau tidak adanya perlindungan pada publik yang belum berpengetahuan dan yang tidak menaruh curiga jika dibandingkan dengan standar sekarang. Anggota masyarakat yang relatif kurang mendapatkan informasi dibiarkan mengandalkan diri mereka sendiri untuk menentukan keputusan membeli dan menggunakan obat. Sebagai akibatnya, timbulnya kejadian seperti tragedi Elixir Sulfanilamid pada tahun 1937 dan bencana thalidomide pada tahun 1962 yang membangkitkan kemarahan dan mendorong tindakan pemerintah yang bertujuan pada perlindungan publik dari bahaya produk obat.

Evolusi profesi farmasi di Amerika Serikat dari masa kolonial sampai dengan saat ini agak mengejutkan. Selama masa tersebut, farmasi telah mengalami transisi dari pekerjaan tanpa izin yang pada banyak aspek menyerupai perdagangan

saja sampai pada status saat ini yang menyaratkan tingkatan doktorat profesional (Pharm.D.) agar layak mendapatkan izin kerja. Mula-mula, kurangnya pendidikan formal dan periode yang panjang dari masa magang diperlukan untuk mendapatkan status penuh sebagai farmasis. Selama periode ini di pertengahan abad sembilan belas, American Pharmaceutical Association (sekarang American Pharmacists Association) didirikan pada tahun 1852. Secara serentak, definisi yang lebih klasik dari profesi dan profesional digunakan. Para profesional diharapkan untuk beretika dan jujur dalam menangani publik, dan profesi farmasi sebagian besar mengatur sendiri dengan sanksi dari dalam profesi sebagai satu-satunya hukuman untuk pelanggaran standar profesi. Ketika fakultas dan perguruan tinggi farmasi bermunculan dan menjadi berkembang, jumlah tahun yang diperlukan untuk mendapatkan gelar menjadi naik dari sedikitnya 2 tahun sampai saat ini diperlukan minimum 6 tahun pendidikan pascasekunder.

■ TINJAUAN HISTORIS PERKEMBANGAN LEGAL DALAM REGULASI OBAT, APOTEK, DAN FARMASIS

Bagian ini membahas secara singkat beberapa hal dari perundang-undangan yang lebih penting dan dibuat pada abad lalu serta mendiskusikan bagaimana mereka berevolusi untuk menyediakan perundangan saat ini terhadap bidang farmasi dan lingkungan regulasi untuk undang-undang mengenai obat, farmasis, dan apotek.

Regulasi Keamanan Makanan dan Obat: Standar untuk Makanan dan Obat-obatan yang dijual di Ritel

Otoritas untuk mengatur makanan dan obat-obatan yang dijual dalam perdagangan antar negara bagian diberikan kepada pemerintah federal lewat klausul perdagangan dari U.S. Constitution (U.S. Constitution, Pasal 1, Bagian 8, ayat 3). Sampai dengan awal abad kedua puluh, satu-satunya hukum federal yang mengatur obat-obatan di Amerika Serikat adalah Drug Importation Tax 1848, yang memberi kuasa ke U.S. Custom Service untuk mencegah impor obat palsu (terkontaminasi) dari negara lain (FDA, 2002). Berawal pada awal abad kedua puluh, serangkaian peristiwa yang dipublikasikan secara dramatis mendorong perubahan-perubahan dan perbaikan-perbaikan dalam regulasi keamanan dari makanan, obat, dan kosmetika.

Pure Food and Drug Act 1906

Pure Food and Drug Act 1906 (Kongres ke 59, Bagian I, Bab 3915, halaman 768-772) diajukan karena meningkatnya perhatian pada pemberitaan terhadap keamanan makanan yang memuncak pada publikasi dari Upton Sinclair yang membeberkan, *The Jungle*, sebuah buku yang menyoroti kondisi yang kotor dan tidak memenuhi syarat kesehatan dari pabrik pengemasan daging. Seperti yang dinyatakan pada Undang-undang 1906, maksud dari undang-undang yang baru adalah "untuk mencegah pembuatan, penjualan, atau pengangkutan makanan, obat-obatan, dan minuman keras yang palsu atau dengan nama palsu atau beracun atau rusak, dan untuk mengatur lalu lintas di bagian itu." Pada pokoknya, undang-undang ini menyaratkan agar makanan dan obat-obatan menjadi higienis dan dilabeli secara akurat. Sebelum undang-undang ini dibuat, terdapat sedikit standar dan "traveling medicine shows," "obat-obat paten," serta produk dan aktivitas lain yang tidak diregulasi merajalela. Produk-produk seperti Lydia Pinkham's Vegetable Compound tidak lebih dari alkohol saja, sedangkan "soothing syrups" dipasarkan sebagai obat untuk bayi-bayi yang tumbuh gigi mengandung sejumlah opium yang tidak terlihat dan jumlahnya bervariasi (Hilts, 2003).

Food, Drug, and Cosmetic Act 1938 dan Amandemennya

Bagian dari Food, Drug, and Cosmetic Act 1938 didahului dengan tragedi Elikser Sulfanilamid tahun 1937. Undang-undang 1906 mengharuskan obat-obatan untuk murni dan terlabel secara tepat, tetapi tidak mengandung persyaratan bahwa obat harus aman. Sebagai salah satu obat antimikroba oral yang efektif, sulfanilamid sangat populer di kalangan dokter dan digunakan secara luas untuk mengobati infeksi streptokokal. Dengan rasanya yang pahit, obat ini sulit diberikan kepada anak-anak. Sehingga, dengan beberapa kesulitan, pabrik mengembangkan bentuk sediaan cair yang disebut *Elikser Sulfanilamid*. Sulfanilamide bubuk tidak larut dalam air maupun alkohol. Ahli kimia di pabrik melarutkan dalam etilen glikol—zat kimia yang sama dengan yang digunakan saat ini sebagai bahan antibeku/pendingin mobil. Bahan kimia yang berasa manis ini sangat beracun, menyebabkan kegagalan ginjal yang menyakitkan dan kematian dalam beberapa hari pemakaian.

Pada tahun 1937, uji keamanan sebelum pemasaran suatu produk obat tidak dipersyaratkan, dan tidak ada uji keamanan sebelum pemasaran dilakukan pada Elikser Sulfanilamid. Dua ratus empat puluh galon dikirimkan ke dokter-dokter

dan apotek seluruh negeri, dan 107 anak meninggal setelah menggunakan produk ini. Walaupun bahaya ekstrim dari produk ini diperlihatkan pada masyarakat, satu-satunya hukum dasar Food and Drug Administration (FDA) yang mengharuskan ditariknya dari pasaran adalah karena produk tersebut berlabel "eliksir," sedangkan secara teknis produk tersebut bukan eliksir karena tidak mengandung alkohol dan oleh karena itu menggunakan label yang tidak benar. Bahaya dari membiarkan produk obat memasuki pasaran tanpa uji keamanan menjadi jelas, dan masyarakat umum menginginkan bahwa sesuatu harus dilakukan untuk mencegah itu. Hasilnya adalah persyaratan untuk uji keamanan sebelum dipasarkan dalam Food, Drug, and Cosmetic Act tahun 1938.

Undang-undang tahun 1938 itu kemudian diperkuat dengan amendemen. Amendemen Durham-Humphrey 1951 membuat kategori yang memisahkan obat-obat yang harus diresepkan dan obat *over-the-counter* (OTC). Sebelum amendemen ini, tidak ada larangan hukum terhadap penjualan obat-obatan tanpa resep. Perubahan 1951 ini mengubah farmasi pada cara-cara seperti tanpa disengaja oleh penyokongnya (Senator Hubert Humphrey adalah seorang farmasis). Ada sinergi antara amendemen ini dan naiknya ketersediaan bentuk-bentuk sediaan akhir saat ledakan industri farmasi setelah Perang Dunia II yang mengubah aktivitas profesional di lingkungan farmasis. Transisi dari meracik dan menjual obat eceran menjadi "menjilat, melekatkan, menghitung, dan menuang" terjadi secara simultan dengan membuat ceruk pasar obat hanya dengan resep—ceruk yang hanya boleh diisi oleh farmasis.

Kemudian, di awal tahun 1960-an terjadi tragedi lain yang berhubungan dengan produk obat yang tidak aman. Talidomid adalah obat yang dipasarkan di Eropa sebagai tranquiliser dan digunakan secara ekstensif untuk mengobati mual pada perempuan hamil. Walaupun pabrik ingin sekali memasarkan produk ini di Amerika Serikat, usaha dari Dr. Frances Kelsey seorang ahli farmakologi dan peninjau di FDA mencegah talidomid untuk mencapai pasar Amerika Serikat. Pada saat itu, peninjau FDA memiliki waktu 60 hari untuk menyetujui ataupun menolak pengajuan obat baru (*new drug application*, NDA) dari industri. Bagaimanapun juga, seorang peninjau FDA dapat meminta informasi lebih lanjut dari pabrik dan memulai kembali waktu 60 hari—taktik Dr. Kelsey digunakan beberapa kali karena dia tidak puas dengan data kuantitatif dan juga kualitatif yang dia terima tentang keamanan talidomid.

Tragedi di Amerika Serikat dicegah oleh usaha dari Dr. Kelsey. Penolakannya untuk menyetujui pengajuan talidomid sebagai obat baru tanpa pembuktian lebih lanjut tentang keamanannya terjadi ketika berita dari Eropa yang menyatakan bahwa talidomid bertanggung jawab terhadap cacat lahir yang menyebabkan bayi-bayi lahir dengan anggota badan seperti sirip. Peristiwa yang hampir terjadi di Amerika

Serikat ini memasukkan bagian dari Amendemen Kefauver-Harris 1962 ke dalam undang-undang 1938. Amendemen ini membuat persyaratan yang menguji untuk *keduanya*, baik keamanan maupun bukti efikasi obat harus dilakukan pada percobaan klinis yang terkontrol dengan baik sebelum NDA disetujui dan obat diizinkan mencapai pasar (Bren, 2001).

Pembentukan Undang-undang Praktik Kefarmasian Negara Bagian dan Dewan Pengurus Farmasi Negara Bagian

Sebelum tahun 1870, ketika Rhode Island menjadi yang pertama di negara mengumumkan undang-undang praktik kefarmasian negara bagian, regulasi profesi farmasi disempurnakan secara sporadis—umumnya pada tingkat lokal atau melalui regulasi profesi medis (Green, 1979). Negara-negara bagian kemudian mengumumkan undang-undang praktik kefarmasian mereka sendiri selama beberapa dekade kemudian. Pembentukan undang-undang praktik kefarmasian negara bagian dan dewan pengurus farmasi negara bagian yang dibentuk oleh undang-undang ini menunjukkan penyusunan ikatan secara legal dari harapan masyarakat terhadap kinerja profesional dan menggambarkan konsekuensi hukum dari pelanggaran standar-standar ini. Regulasi perilaku tingkah laku profesional oleh negara bagian diawasi otoritas polisi yang diberikan ke setiap negara bagian oleh U.S. Constitution. Pembentukan undang-undang dan regulasi negara bagian yang menentukan praktik kefarmasian dan operasional bisnis farmasi tidak hanya menyediakan lapisan baru keamanan untuk masyarakat, tetapi juga menciptakan penghalang yang nyata untuk memasuki profesi farmasi. Hal ini merupakan tahap signifikan yang meningkatkan baik profesionalisme farmasi maupun harapan masyarakat terhadap farmasis. Sebelum pembentukan standar dan persyaratan legal seperti itu, secara praktis siapa pun dapat mengoperasikan bisnis dan menyebutnya sebagai apotek.

Sekarang ini, semua negara bagian mempunyai suatu bentuk undang-undang praktik kefarmasian (undang-undang negara bagian) dan dewan pengurus negara bagian bidang regulasi farmasi. Hukum-hukum ini dibentuk secara legal mengikat standar-standar tingkah laku dari farmasis dan personel pendukung, dan juga standar untuk fasilitas fisik yang diizinkan sebagai apotek. Undang-undang dan regulasi ini bukan untuk dianggap remeh. Setiap pelanggaran akan menghasilkan hukuman mulai dari teguran dan denda sampai dengan kehilangan izin praktik profesi atau mempertahankan operasional fasilitas apotek yang diberikan. Praktik farmasi tanpa izin adalah pelanggaran terhadap hukum pidana sehingga penting bagi manajer apotek untuk memahami secara jelas tanggung jawab mereka di bawah undang-undang

dan regulasi ini serta mengomunikasikan tanggung jawab ini secara jelas dengan personel manajemen nonfarmasi yang ikut dalam operasional apotek. Pertimbangkan, sebagai contoh, situasi jika sebuah apotek berlokasi di dalam toko besar yang buka ketika bagian apotek tutup. Jika personel manajer toko nonfarmasi memutuskan untuk membuka apotek dan meminta seseorang untuk bertugas pada hari libur ketika toko buka sementara bagian apotek tutup (dan, tentu saja, tidak ada farmasis yang bertugas), hal ini akan melanggar undang-undang praktik kefarmasian dan regulasi farmasi dari dewan pengurus di beberapa negara bagian. Farmasis pengelola harus menjelaskan kepada manajer nonfarmasi tentang apa yang tidak diperbolehkan untuk mereka perbuat menurut undang-undang. Lebih jauh lagi, seorang farmasis yang mengizinkan praktik ilegal seperti itu juga dianggap terlibat dalam pelanggaran.

■ HUKUM FEDERAL DAN PERILAKU FARMASIS

Omnibus Budget Reconciliation Act Tahun 1990 (OBRA 90)

Sampai disahkannya OBRA 1990 (Undang-Undang Publik 101508), hukum federal di bidang farmasi telah memperhatikan terutama masalah keamanan produk obat. OBRA 90, walaupun tidak secara tegas mengambil kekuasaan polisi negara bagian, menyatakan bahwa agar dapat memenuhi syarat untuk penyesuaian dolar federal yang sesuai, negara-negara bagian yang berpartisipasi dalam program Medicaid akan membentuk standar untuk

- *Mempertahankan catatan pasien yang benar.* Apotek harus membuat usaha yang layak untuk mendapatkan, mendokumentasikan, dan mengurus setidaknya informasi pasien sebagai berikut: nama pasien, alamat, nomor telepon; umur dan jenis kelamin; riwayat individual (bila penting), termasuk keadaan penyakit, alergi dan/atau reaksi obat yang diketahui, dan daftar komprehensif dari obat dan alat-alat yang relevan; dan komentar farmasis tentang terapi obat pasien.
- *Tinjauan penggunaan obat prospektif (prospective drug use review, pro-DUR).* Sebelum melayani resep, farmasis harus melakukan evaluasi terhadap catatan obat pasien untuk mendeteksi masalah terapi yang potensial, seperti duplikasi terapeutik, kontraindikasi antara obat dan penyakit, reaksi antar-obat (termasuk interaksi serius dengan obat-obatan OTC), dosis obat atau lama pengobatan yang salah, interaksi obat dengan alergi, dan fakta-fakta tentang penyalahgunaan/penggunasalahan secara klinik.

- *Konseling pasien.* Farmasis yang memberikan obat harus menawarkan konseling sehubungan dengan hal-hal yang termasuk penting dalam keputusan profesional farmasis, tetapi tidak terbatas pada nama dan deskripsi obat, rute pemakaian, dosis, bentuk sediaan, dan lama terapi. Sebagai tambahan, standar seperti itu menyaratkan farmasis untuk mendiskusikan tindakan pencegahan dan aturan tertentu, efek samping parah dan interaksi yang biasa terjadi, kontraindikasi terapeutik yang mungkin dapat diatasi (termasuk bagaimana menghindari kontraindikasi dan apa yang dilakukan bila telah terjadi), penyimpanan yang benar, teknik untuk memonitor sendiri terapi obat, apa yang dilakukan jika lupa menggunakan obat, dan informasi untuk mengulang pengambilan obat.

Karena tidak ingin membuat dua standar asuhan legal yang terpisah—satu untuk pasien Medicaid dan yang lain untuk pasien yang non-Medicaid—negara-negara bagian umumnya mengadopsi standar yang sesuai dengan kriteria OBRA 90 sekaligus memperluas standar agar menguntungkan semua pasien apotek, tidak hanya pasien Medicaid (Catizone, Teplisz, dan Clark, 1993). Implikasi dari manajemen farmasi termasuk bagaimana manajer memutuskan struktur tugas pegawai dan organisasi kerja di apotek. Hal ini adalah tugas farmasis pengelola untuk menjaga kepatuhan terhadap hukum negara dan/atau federal yang dapat diterapkan dengan memastikan diikutinya persyaratan untuk meninjau pemakaian obat secara prospektif dan konseling pada pasien. Dari perspektif manajemen, hal ini berarti mengorganisasikan kerja di apotek dan mengatur staf apotek untuk memfasilitasi kinerja dari tugas-tugas legal ini. Setiap negara bagian mungkin mempunyai persyaratan mereka sendiri yang mungkin lebih keras—tetapi tidak lebih lunak—daripada undang-undang federal.

Health Insurance Portability and Accountability Act Tahun 1996 (HIPAA)

Undang-undang ini dan aturan-aturannya dibuat pertama kali sebagai standar federal untuk melindungi rahasia dan keamanannya informasi kesehatan yang melindungi pasien ini (PHI). Standar ini termasuk, tetapi tidak terbatas pada, bagaimana informasi pasien tersebut disimpan, di bawah kondisi apa dapat disiarkan, dan pada siapa. Undang-undang ini telah meluas termasuk untuk apotek dan farmasis juga. Aturan privasi HIPAA dibuat untuk mencapai keseimbangan antara mempertahankan aliran informasi kesehatan pasien di antara orang-orang dan badan yang memberikan perawatan kesehatan kepada pasien sambil secara simultan menjaga kerahasiaan individual. Pada dasarnya, kombinasi undang-undang dan pelaksanaan regulasi ini meningkatkan kerahasiaan dan keamanan untuk informasi pribadi dengan

menentukan dasar “kebutuhan untuk mengetahui” bagi orang yang diperbolehkan mengakses PHI seseorang dan sejauh mana mereka dapat mengakses itu. Lebih jauh lagi, kombinasi itu menciptakan persyaratan untuk keamanan penyimpanan dan untuk transmisi PHI tersebut oleh seseorang yang memiliki akses ke informasi tersebut. Tujuan dari bab ini tidak mencakup ringkasan dan penjelasan yang mendalam mengenai perundang-undangan ini; berjilid-jilid buku telah dikhususkan untuk subjek tersebut.¹ Aturan-aturan pelaksana undang-undang federal ini menjadi efektif sejak 14 April 2003. Cukup dikatakan bahwa manajer apotek bertanggung jawab untuk memastikan bahwa staf serta kebijaksanaan dan prosedur mereka mematuhi HIPAA.

Dari perspektif manajer apotek, penting untuk memahami bahwa HIPAA menentukan standar transaksi, standar keamanan, dan standar kerahasiaan untuk PHI. Standar pencatatan dan standar keamanan diperhatikan terutama tentang bagaimana data ditangani dan disebarkan. Pada operasional harian apotek, manajer perlu memahami dan mematuhi persyaratan standar kerahasiaan. Seperti yang dinyatakan dalam ikhtisar aturan privasi HIPAA:

Tujuan utama dari Peraturan Privasi adalah untuk memastikan bahwa informasi kesehatan individual dilindungi secara benar dan juga memperbolehkan aliran informasi kesehatan yang diperlukan untuk menyediakan dan meningkatkan asuhan kesehatan yang berkualitas tinggi serta melindungi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Peraturan itu menyebabkan keseimbangan yang mengizinkan penggunaan yang penting dari informasi, sementara itu juga melindungi privasi orang-orang yang meminta perawatan dan penyembuhan. Dengan adanya pasar bisnis asuhan kesehatan yang bermacam-macam, Peraturan dirancang agar fleksibel dan komprehensif untuk meliputi berbagai penggunaan dan wacana yang perlu untuk dilakukan. [DHHS, 2003b].

Manajer apotek seharusnya mengetahui jawaban dari pertanyaan-pertanyaan berikut mengenai standar privasi:

1. *Siapa saja yang tercakup dalam peraturan privasi?*
Peraturan privasi menganggap *plan* kesehatan, penyedia asuhan kesehatan, dan institusi pertukaran informasi asuhan kesehatan termasuk di sini. “Setiap penyedia

asuhan kesehatan, tanpa memperhatikan ukurannya, yang menyebarkan informasi kesehatan secara elektronik dalam berhubungan dengan transaksi tertentu, adalah termasuk badan yang termasuk di sini.” (DHHS, 2003b). Apotek termasuk dalam definisi ini.

2. *Informasi apa yang dilindungi?* Menurut Departement of Health and Human Service Office of Civil Right,

Peraturan Privasi melindungi semua *informasi kesehatan yang secara individual bisa teridentifikasi* yang disimpan atau disebarkan oleh mereka yang berkepentingan atau rekanan bisnisnya, dalam bentuk atau media apapun, baik elektronik, kertas, maupun lisan. Peraturan Privasi menyebut informasi ini sebagai *informasi kesehatan yang terlindungi (protected health information, PHI)*. Lebih lanjut, Peraturan Privasi menyebutkan bahwa *informasi kesehatan yang secara individual bisa teridentifikasi* adalah informasi, termasuk data demografis, yang berhubungan dengan

- kesehatan atau kondisi fisik atau mental individu yang telah lalu, saat ini, atau akan datang
- Pemberian asuhan kesehatan bagi individu, atau
- Pembayaran penyediaan asuhan kesehatan bagi individu yang lalu, saat ini, atau yang akan datang,

dan yang mengidentifikasi individu tersebut atau untuk yang terdapat dasar logis yang bisa dipercaya, dapat digunakan untuk mengidentifikasi individu. Informasi kesehatan yang dapat teridentifikasi secara individual termasuk kebanyakan pengidentifikasi umum (contohnya, nama, alamat, tanggal lahir, Social Security Number) [DHHS, 2003b].

3. *Apa yang dilakukan badan pelindung untuk melindungi informasi?* Setiap badan pelindung harus mempunyai individual yang disiapkan sebagai fasilitas “petugas privasi”—orang yang bertugas dengan tanggung jawab menjaga tempat agar memenuhi HIPAA. Pada dasarnya, badan pelindung tidak boleh mengeluarkan atau memperlihatkan PHI kecuali diizinkan sesuai peraturan privasi. Subbagian berikut meringkas secara singkat apa yang manajer apotek (seseorang yang mungkin juga sebagai petugas privasi) harus selalu waspada.

Pelatihan Pegawai

Pegawai apotek seharusnya dilatih tentang peraturan dan prosedur HIPAA sebagai persyaratan pekerjaan. Pegawai baru seharusnya mendapat pelatihan sebelum diizinkan bekerja dengan PHI. Pelatihan ini seharusnya didokumentasikan setelah selesai dan diulang, jika perlu, untuk pegawai yang

¹Lihat (1) *HIPAA Privacy Standards: A Compliance Manual for Pharmacists*. National Association of Chain Drug Stores, Inc., dan Mintz, Levin, Cohn, Ferris, Glovsky, dan Popeo, P.C., 2003; serta (2) Fitzgerald WJ. *The NCPA HIPAA Compliance Handbook for Community Pharmacy*. National Community Pharmacists Association, 2003.

tidak bekerja sesuai standar. Walaupun hal ini terlihat keras, hal ini perlu untuk menjaga apotek untuk tetap patuh pada peraturan. Minimal seharusnya yang termasuk dalam pelatihan adalah membuat kejelasan untuk pegawai-pegawainya tentang (1) bagaimana, kepada siapa, sampai seberapa jauh, dan di bawah kondisi apa PHI dapat dikeluarkan dan (2) bahwa PHI seharusnya tidak dibahas dalam percakapan iseng dengan yang lain—walaupun percakapan tersebut dengan penyedia asuhan kesehatan lain jika mereka tidak terlibat dalam perawatan pasien. Selain itu, akses pegawai ke PHI seharusnya terbatas pada apa yang diperlukan pada kinerja tugas mereka.

Pemberitahuan Tentang Praktik Privasi

Di bawah peraturan privasi HIPAA, semua badan pelindung disyaratkan untuk memberikan pasien sebuah “pemberitahuan tentang praktik privasi.” Semua badan pelindung harus menyampaikan pemberitahuan ini kepada semua pasien, dan hal ini harus ditulis dengan bahasa yang mudah dipahami. Petugas privasi, pada umumnya adalah manajer apotek, bertanggung jawab untuk mendokumentasikan tanda terima pengakuan pemberitahuan yang ditandatangani oleh pasien dan mendokumentasikan alasan dari beberapa pasien yang menolak pemberitahuan tersebut atau beberapa pasien yang menolak untuk menandatangani surat tanda terima setelah menerima pemberitahuan tersebut. Semua badan pelindung harus menyimpan catatan-catatan dokumen ini selama 6 tahun. Sekali lagi, penting sekali untuk menyimpan catatan agar terorganisasi dengan baik dan mudah didapatkan kembali.

Rekan Bisnis

Definisi peraturan privasi HIPAA dari *rekan bisnis* dan persyaratan berhubungan dengan rekan-rekan bisnis dipaparkan sebagai berikut:

Rekan Bisnis yang Terdefinisi. Umumnya, rekan bisnis adalah orang atau organisasi, selain dari anggota tenaga kerja badan pelindung, yang melakukan fungsi-fungsi atau aktivitas tertentu yang mewakili, atau menyediakan pelayanan tertentu, badan pelindung yang melibatkan penggunaan atau penyingkapan informasi kesehatan yang teridentifikasi secara individual.

Fungsi atau aktivitas rekan bisnis yang mewakili badan pelindung termasuk proses klaim, analisis data, tinjauan penggunaan, dan pembayaran. Layanan rekan bisnis kepada badan pelindung terbatas pada urusan legal, penaksiran sebelum penetapan asuransi, akuntansi, konsultasi, pengumpulan data, manajemen, administratif, akreditasi, atau layanan finansial. Bagaimanapun juga, orang-orang atau organisasi tidak dipertimbangkan sebagai rekan bisnis jika fungsi atau pelayanan mereka

tidak termasuk dalam penggunaan dan penyingkapan informasi kesehatan yang dilindungi, dan ketika akses ke informasi oleh orang-orang tersebut mungkin sesekali, jika apapun juga. Badan pelindung dapat menjadi rekan bisnis dari badan pelindung lainnya.

Kontrak Rekan Bisnis. Ketika badan pelindung menggunakan kontraktor atau anggota non-tenaga kerja lain untuk melakukan layanan atau aktivitas “rekanan bisnis,” Peraturan menyaratkan badan pelindung memasukkan perlindungan tertentu untuk informasi dalam sebuah persetujuan rekanan bisnis (di situasi tertentu pihak pemerintahan mungkin memakai cara alternatif untuk mencapai perlindungan yang sama). Dalam perjanjian rekanan bisnis, badan pelindung harus menentukan usaha perlindungan tertulis secara spesifik pada informasi kesehatan yang teridentifikasi secara individual yang digunakan atau diperlihatkan oleh rekanan bisnisnya. Lebih jauh lagi, badan pelindung tidak secara kontraktual (berdasarkan perjanjian) mengizinkan rekanan bisnisnya untuk membuat beberapa penggunaan dan pengungkapan informasi kesehatan yang dilindungi yang dapat melanggar Peraturan [DHHS, 2003b].

Pada umumnya, manajer apotek dan/atau petugas privasi (yang berkonsultasi dengan pengacara hukum) seharusnya menyesuaikan hubungan apotek dengan rekanan bisnis lewat perjanjian rekanan bisnis. Tujuan yang melingkupi pada suatu perjanjian rekanan bisnis yang terkonstruksi dengan tepat adalah untuk memperkecil paparan rekanan bisnis terlibat dengan PHI dan juga menentukan secara jelas tentang penggunaan PHI yang diizinkan oleh rekan bisnis. Petugas privasi seharusnya mempunyai ide yang jelas tentang apa yang rekanan bisnis rencanakan untuk dikerjakan dengan PHI yang mereka dapatkan dan seharusnya memastikan bahwa subkontraktor mana pun mempunyai persetujuan yang sama. Petugas privasi seharusnya memonitor rekanan bisnis tentang pelanggaran dari perjanjian. Kenyataannya, perjanjian seharusnya menetapkan bahwa hal merupakan tanggung jawab rekanan bisnis untuk melaporkan penemuan/penyingkapan yang tidak sah dari PHI. Akhirnya, petugas privasi bertanggung jawab untuk disposisi PHI manapun yang dikeluarkan untuk rekanan bisnis dan harus memastikan bahwa setelah PHI telah digunakan oleh rekanan bisnis, harus dikembalikan, disimpan, maupun dihancurkan dengan aman.

Persyaratan Otorisasi Pasien untuk Mengeluarkan PHI

Sebuah apotek, sebagai badan pelindung, perlu untuk mendapatkan otorisasi tertulis dari pasien untuk beberapa pengungkapan atau penggunaan PHI yang tidak untuk perawatan, pembayaran, atau operasional asuhan kesehatan. Otorisasi ini tidak dapat digunakan sebagai prasyarat untuk

eligibilitas manfaat asuransi, pembayaran, atau pengobatan. Dokumen otorisasi harus tertulis dengan bahasa yang jelas dan spesifik, dan dapat memperkenankan untuk penggunaan dan penyingkapan informasi kesehatan yang terlindungi oleh badan pelindung. Salah satu contoh dari penyingkapan PHI yang akan memerlukan otorisasi tertulis dari pasien adalah penyingkapan informasi kepada industri obat untuk tujuan pemasaran. Semua otorisasi harus menjelaskan informasi apa yang boleh diungkap dan harus mengidentifikasi orang-orang mengungkap dan menerima informasi tersebut, harus menyebutkan tanggal kedaluarsa dari dokumen otorisasi, dan harus menyatakan bahwa pasien mempunyai hak untuk menarik kembali otorisasi tersebut secara tertulis. Otorisasi pasien untuk pengeluaran PHI tidak diperlukan untuk keadaan ketika farmasis melaporkan penyiksaan dalam pernikahan atau pengabaian anak, keterlibatan dalam situasi pelaksanaan hukum yang sah (termasuk kepatuhan dengan hukum kompensasi pekerja), menghindari ancaman terhadap kesehatan atau keselamatan, atau melaporkan reaksi obat yang tidak menguntungkan kepada program Medwatch FDA.

Keadaan Ketika PHI Dikeluarkan Tanpa Otorisasi Pasien Secara Eksplisit

PHI mungkin dikeluarkan tanpa otorisasi pasien secara eksplisit karena keadaan tertentu yang didefinisikan oleh hukum dan peraturan. Keadaan ini (dengan contoh) termasuk pengobatan (contohnya, ketika seorang farmasis mendiskusikan kondisi pasien dengan dokter pasien tersebut), pembayaran (contohnya, ketika tagihan untuk pembayaran diajukan ke pembayar pihak ketiga), operasional asuhan kesehatan reguler (contohnya, penyampaian PHI antar departemen di dalam sebuah rumah sakit), dan ketika informasi telah di-"de-identifikasikan." PHI dipertimbangkan menjadi "terde-identifikasikan" ketika elemen-elemen data sebagai berikut telah dihilangkan:

- Nama pasien, Social Security Number, nomor telepon, dan/atau faks
- Nama kota, jalan, dan/atau kode pos (negara bagian tempat tinggal tidak perlu dihilangkan)
- Tanggal pelayanan (kecuali tahun)
- Nomor catatan medis, nomor plan kesehatan, nomor rekening, dan/atau nomor resep
- Beberapa identitas kendaraan (contohnya, nomor plat)
- Identitas alat medis dan/atau nomor serial
- Website URL dari pasien, Alamat Protokol Internet komputer, dan/atau alamat surat elektronik
- Identitas biomedis
- Gambar fotografis (teridentifikasi)
- Beberapa karakteristik atau kode lain yang unik

Walaupun demikian, ingatlah bahwa "de-indentifikasi" informasi tidak perlu dilakukan antar-badan pelindung yang terlibat dengan asuhan pasien. "de-indentifikasi" juga tidak perlu antara badan pelindung dan rekanan bisnis badan pelindung yang mempunyai perjanjian rekanan bisnis.

Undang-undang dan peraturan HIPAA telah membuat kebingungan yang sangat bagi manajer apotek yang ingin tahu tentang bagaimana perubahan-perubahan ini dapat memengaruhi operasional normal apotek mereka. Pertanyaan-pertanyaan yang muncul sehubungan dengan situasi itu adalah ketika seorang tetangga mengambil resep untuk pasien. (*Catatan:* Peraturan HIPAA memungkinkan farmasis untuk memberikan resep kepada tetangga pasien dan memberikan konsultasi kepada tetangga tersebut sebagai *perwakilan* pasien.) Dalam merespons jenis pertanyaan ini, Web site U.S Departement of Health and Human Services memiliki fungsi pencarian yang menjawab banyak pertanyaan umum tentang berbagai macam situasi praktik asuhan kesehatan (DHHS, 2003c).

Prescription Drug Marketing Act

Manajer apotek harus juga mengetahui hukum federal yang mengatur isu-isu ekonomi di apotek. Prescription Drug Marketing Act 1987 (PDMA) menunjukkan satu area yang beberapa farmasis telah mengalami masalah hukum yang berat, mendapatkan denda yang besar dan/atau hukuman penjara (Associated Press, 2000; Eiserer, 1999). Pendek kata, PDMA mencegah pengalihan sampel obat masuk ke sektor pasaran ritel. Apotek tidak boleh mempunyai sampel obat resep dalam persediaan, dan farmasis tidak boleh memiliki dan menjual sampel obat. Lebih jauh lagi, PDMA membatasi distribusi grosir obat tiap tahun oleh apotek ke apotek lain agar tidak lebih dari 5 persen dari nilai dollar tahunan dari penjualan obat untuk apotek pendistribusi (contohnya, satu apotek menyediakan obat-obatan untuk apotek lain yang telah kehabisan persediaan sebuah produk). Manajer apotek harus memastikan kepatuhan terhadap PDMA atau bersiap-siap saja mendapat hukuman berat. Pada sebuah kasus di Nebraska, seorang farmasis melanggar PDMA dengan bersekongkol dengan agen pemasaran industri farmasi untuk mengalihkan dan memperoleh keuntungan dari penjualan sampel obat. Di tahun 1999, farmasis itu mengaku bersalah karena secara ilegal menjual sampel obat resep selama periode 15 tahun (Eiserer, 1999). Pada tahun 2000, farmasis tersebut dipenjara selama 18 bulan dan diperintahkan membayar denda dan ganti rugi hampir \$147.000 (Associate Press, 2000).

Hukum Perdata dan Persoalan Liabilitas

Ketika seorang farmasis atau organisasi apotek digugat, isu kelalaian menjadi kunci dari akibat yang dihasilkan perkara

hukum itu. Teori kelalaian berkisar sekitar kegagalan mengerjakan sesuatu yang *akan dapat* dikerjakan oleh seseorang yang logis dan bijaksana atau mengerjakan sesuatu yang *tidak akan* dilakukan oleh orang yang logis dan bijaksana. Dalam kasus ini, orang tersebut adalah farmasis. Peranan farmasis telah berubah selama ini karena sifat yang berkembang dari praktik kefarmasian (contohnya OBRA 90 menyinggung persyaratan untuk menawarkan konseling pasien). Hukum putusan hakim juga mengubah standar praktik kefarmasian. Hukum putusan hakim didasarkan pada contoh yang sudah ada oleh akibat dari kasus-kasus perdata. Sebagai contoh, jika hasil dari sebuah perkara hukum menyatakan bahwa seorang farmasis mempunyai tugas untuk memperingatkan seorang pasien tentang bahaya-bahaya tertentu dari obat yang diberikan, kemudian sebuah standar baru perilaku farmasis dibuat melalui hukum putusan hakim, bukan oleh perundang-undangan atau peraturan.

Pikiran mengenai dituntut untuk sesuatu yang telah dilakukan seseorang ketika berpraktik atau pikiran tentang seorang manajer apotek yang dituntut untuk apa yang dilakukan oleh staf mereka semuanya tidaklah menyenangkan. Hal pertama yang seseorang mungkin akan pikirkan adalah, "Bagaimana saya dapat mencegah hal tersebut terjadi pada saya?" Pertanyaan ini membuka pintu ke area manajemen yang disebut *manajemen risiko* yang menangani bagaimana mengurangi dan mengelola paparan terhadap risiko (lihat Bab 28). Tempat praktik yang dirancang dengan baik, secara konsisten patuh pada hukum yang sesuai, dan sistem alur kerja yang terorganisasi dengan baik yang didesain untuk mendeteksi kesalahan sebelum kesalahan tersebut sampai pada pasien, semuanya adalah hal penting untuk menurunkan paparan terhadap risiko. Sebagaimana semua hukum yang mengatur aktivitas farmasis, manajer didorong untuk terbiasa dengan persyaratan/ketentuan penting ini.

■ BAGAIMANA STANDAR HUKUM MEMENGARUHI TINDAKAN YANG SEHARUSNYA DAN/ATAU PERLU DILAKUKAN OLEH ORGANISASI

Penting bagi manajer untuk memahami bahwa standar perundang-undangan dan peraturan menciptakan konteks lingkungan bagi sebuah organisasi, sebuah faktor kritis dalam menentukan apakah suatu organisasi berhasil dan berkembang atau tidak. Manajer adalah seorang yang terikat dalam sebuah organisasi yang pada gilirannya terikat dalam lingkungan—suatu lingkungan yang secara konstan berubah. Bagi farmasis dan apotek, perundang-undangan dan peraturan memperlihatkan penyusunan standar dari masyarakat yang melampaui harapan normatifnya—melampaui sanksi implisit

ketika tidak memenuhi harapan dari sejawat profesional. Perundang-undangan dan peraturan juga menyediakan hukuman untuk penyelenggaraan hukum jika dilanggar. Peraturan adalah standar yang diturunkan dari perundang-undangan dan mempunyai mekanisme pelaksanaan hukum (contohnya, hukuman potensial) yang melekat pada mereka. Sebagai contoh, undang-undang praktik kefarmasian negara bagian membentuk dewan kefarmasian dan memberi wewenang pada dewan untuk membuat aturan dan/atau peraturan untuk menafsirkan dan mengimplementasikan undang-undang praktik kefarmasian. Peraturan dewan kefarmasian mempunyai kekuatan penuh secara hukum dan memberikan hukuman mulai dari peringatan, denda, dan sampai skors dan/atau pencabutan izin farmasis atau apotek.

Perbaikan Kinerja versus Pemenuhan Standar Kinerja Minimum

Untuk menghindari sanksi hukum untuk praktisi dan/atau apotek, manajer dapat mengambil langkah untuk mencegah atau menghindari praktik substandar yang dapat menyebabkan hukuman. Bagaimana seharusnya seorang manajer melakukan tugas seperti itu? Satu cara pendekatan beberapa organisasi untuk menyakinkan bahwa mereka memenuhi standar hukum minimal dengan cara membuat program untuk mempercepat perbaikan kinerja. Memenuhi standar kinerja minimal berarti menaati persyaratan hukum minimum yang paling sederhana, sedangkan perbaikan kinerja bergerak lebih dari ini dan dapat memberikan perlindungan tambahan pada pencegahan risiko dan arena manajemen risiko. Jika sebuah apotek dan farmasisnya bermaksud untuk membuat standar kinerja organisasi yang lebih dari standar hukum minimum, standar tersebut harus memiliki sangat sedikit kemungkinan kalau kualitas kinerjanya akan menghasilkan pelanggaran hukum atau kinerjanya sangat jelek yang dapat menyebabkan tuntutan perkara perdata. Sebagai contoh, seorang manajer apotek mungkin memutuskan membuat suatu kebijakan agar setiap pasien yang mengunjungi apotek akan menerima tawaran konseling secara personal dari farmasis yang berlisensi, walaupun hukum negara bagian mungkin memperbolehkan peserta magang apotek atau staf apotek lain untuk melakukan fungsi itu. Lebih jauh lagi, jika tuntutan hukum diajukan melawan apotek, akan dapat membantu apotek jika apotek mempunyai bagian standar asuhan serta kebijakan dan prosedur yang melebihi standar hukum minimal dan menghasilkan perlindungan yang lebih baik untuk kliennya. Selain itu, dengan sistem tersebut, lebih sedikit kemungkinan apotek akan mengalami kesulitan hukum. Pembentukan suatu lingkungan dan filosofi praktik yang terpusat pada mengerjakan hal yang terbaik untuk pasien dan juga mengetahui serta mematuhi semua hukum-hukum

yang sesuai merupakan hal yang penting untuk menghindari masalah hukum baik di bidang perdata maupun pidana.

■ KESIMPULAN

Bab ini dimulai dengan meninjau sejarah dan motivasi untuk pengembangan standar, undang-undang, dan peraturan yang mengatur industri obat dan praktik kefarmasian. Kemudian, dalam konteks ini, disimpulkan beberapa kejadian penting farmasi dan peraturan obat, seperti HIPAA, OBRA 90, dan PDMA. Akhirnya, hukum perdata dan pengaruhnya pada praktik kefarmasian ikut dipertimbangkan. Semua aspek peraturan apotek dan obat-obatan diperiksa dari sudut pandang manajer apotek.

Bab ini diakhiri dengan contoh-contoh kasus berikut untuk mendiskusikan hukum yang berhubungan dengan operasional apotek. Kasus-kasus ini ditampilkan sebagai titik awal untuk diskusi dan analisis situasi berdasarkan praktik yang cenderung dialami oleh seorang manajer apotek. Undang-undang apotek dan obat-obatan, begitu juga dengan undang-undang perdata, semuanya menampilkan kepada manajer mengenai kriteria yang mana untuk membuat gaya manajemen mereka sendiri dalam mengoperasikan apotek. Walaupun undang-undang sangat eksplisit bahasanya, sering tidak dapat digunakan pada beberapa kasus sehingga terbuka terhadap interpretasi dan penggunaan pertimbangan profesional. Mahasiswa farmasi yang membaca bab ini didukung untuk bekerja sama dalam menganalisis situasi yang ditampilkan di sini dan mengajukan solusi mereka sendiri yang masuk akal untuk mengatasi masalah yang ada.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

Contoh Kasus untuk Diskusi Tentang Hukum yang Berhubungan dengan Operasional Apotek

Kasus 29.1: Mengapa Farmasis Tidak Mengisi Ulang Resep Saya?

UNDANG-UNDANG OBAT FEDERAL: CONTROLLED SUBSTANCES ACT 1970 Maureen Smith, R.Ph., manajer farmasis dari Apotek Komunitas ABC, menemukan situasi berikut dalam 10 menit setelah tiba di apotek pada Selasa pagi. Dia menangani langsung keluhan seorang pasien, Tuan Jones, tentang salah satu staf apotek. Kemarin malam, Senin, sekitar jam 8.30 malam, Tuan Jones datang ke apotek dan memperlihatkan vial kosong dari obat yang diresepkan kepada farmasis yang sedang bertugas dan meminta lagi tablet yang berisi asetaminofen dengan kodein no. 3. Asetaminofen no. 3 termasuk obat *schedule III* yang terkontrol, dan Controlled Substances Act federal membatasi resep-resep dengan obat

tersebut maksimal lima kali pengulangan dalam waktu 6 bulan sejak diberikan. Tuan Jones tidak menemui dokter yang meresepkan obat tersebut selama kurang lebih 7 bulan dan sekarang mengalami sakit yang tidak berhubungan dengan kunjungannya 7 bulan yang lalu. Bagaimanapun juga, label pada vialnya menyatakan bahwa dia masih memiliki sisa tiga kali pengulangan resep, dan dia ingin mengambil satu kali pengulangan saat itu.

Sally Howard, Pharm.D., farmasis yang bertugas pada Senin malam, menerangkan pada Tuan Jones bahwa dia memerlukan otoritas lebih lanjut dari dokter Tuan Jones karena resep tersebut telah ditulis lebih dari 6 bulan lalu dan saat ini tidak valid untuk diulang lagi. Sally mencoba menghubungi dokter Tuan Jones untuk mendapatkan otoritas, tetapi sampai dengan jam 9.00 malam saat apotek tutup dia tidak dapat menghubunginya. Kemudian, dia menginformasikan kepada Tuan Jones bahwa apotek tidak dapat mengulang resep tersebut sampai dapat menghubungi dokter peresepnya. Tuan Jones menjadi marah ketika dia mendengar hal ini dan tetap sangat marah ketika dia menceritakan pada Maureen tentang situasi ini.

PERTANYAAN DISKUSI

1. Apa isu-isu hukum esensial yang terlibat?
2. Bagaimana seharusnya manajer apotek menangani situasi ini?
3. Bagaimana manajer yang lain mungkin menangani masalah yang ditimbulkan oleh pasien yang sulit ini?

Kasus 29.2: Nenek yang Tidak Memerlukan Vial Resep yang Mudah Dibuka

UNDANG-UNDANG PERLINDUNGAN KONSUMEN FEDERAL: POISON PREVENTION PACKAGING ACT Poison Prevention Packaging Act (federal) mengharuskan bahwa obat-obat yang diresepkan (dengan sangat sedikit pengecualian, seperti tablet nitroglicerine sublingual) diberikan dalam wadah *child resistant*. Nyonya Mabel Brown, berumur 79 tahun yang merupakan nenek buyut dari Barbara Brown yang berumur 2 tahun, seorang pasien lama di apotek yang Anda kelola. Anda baru saja diinformasikan oleh dokter anak dari cicit Nyonya Brown tersebut bahwa Barbara kecil diobati di ruang gawat darurat rumah sakit lokal kemarin malam. Kelihatannya pada saat Barbara dan orang tuanya mengunjungi Mabel di rumahnya, Barbara memanjat konter dapur dan mengambil vial obat kepunyaan Mabel yang berisi kapsul propranolol 80 mg kerja diperlambat. Barbara kecil hanya tidak diawasi ibunya dalam waktu sekitar 2 menit ketika ibunya masuk dapur dan menemukan Barbara duduk di konter dapur mengunyah obat kepunyaan Mabel. Walaupun dia menjadi sedikit mengantuk, untungnya dia tidak punya waktu yang cukup untuk mengonsumsi obat dalam jumlah yang membahayakan dan setelah dirawat kemudian diperbolehkan pulang.

Setelah berbicara dengan dokter anak, Anda melakukan beberapa pengecekan catatan pasien kepunyaan Mabel, dan Anda menemukan bahwa semua obatnya telah diberikan dalam wadah yang mudah dibuka oleh anak-anak (contohnya, wadah *flip-top* yang mudah dibuka). Pada penyelidikan lebih lanjut, Anda menemukan bahwa tidak ada permintaan dalam berkas apakah Mabel atau dokternya meminta wadah yang mudah dibuka. Pada saat mendiskusikan hal ini dengan staf di apotek Anda, Anda mempelajari bahwa setiap orang hanya menganggap bahwa pasien dengan umur 79 tahun akan menginginkan wadah *non-child-resistant*, tetapi tidak seorang pun pernah bertanya padanya apakah dia menginginkan itu.

PERTANYAAN DISKUSI

1. Bagaimana manajer apotek perlu membicarakan dan menyampaikan isu yang ditimbulkan oleh situasi ini?
2. Apa isu-isu pentingnya, dan bagaimana seharusnya manajer apotek menangani isu itu dengan staf apotek?
3. Rekomendasi apa untuk perubahan, jika ada, yang akan sesuai untuk membantu apotek dalam memperbaiki prosedur dan kebijakan apotek?
4. Apa isu-isu tambahan tentang liabilitas perdata yang muncul dari situasi seperti ini?

Kasus 29.3: Teknisi Super

UNDANG-UNDANG PRAKTIK NEGARA BAGIAN /DEWAN TENTANG KETENTUAN APOTEK Trudy Hamilton, Pharm.D., adalah seorang farmasis berlisensi dan saat ini menjadi manajer pada departemen farmasi rumah sakit. Di negara bagian tempat Dr. Hamilton berlisensi, personel selain farmasis dilarang baik oleh undang-undang (undang-undang praktik farmasi negara bagian) maupun regulasi farmasi dewan pengurus negara bagian untuk ikut dalam aktivitas yang didefinisikan sebagai praktik kefarmasian. Aktivitas spesifik yang masuk dalam pengertian praktik kefarmasian terbatas dengan hanya dilakukan oleh farmasis berlisensi secara personal. Aktivitas-aktivitas tersebut termasuk konseling pasien tentang obat-obatan mereka dan merespons permintaan tentang informasi obat dari profesi perawatan kesehatan lain (contohnya, dokter dan perawat).

Robert Allen baru saja mendapatkan sertifikasinya sebagai teknisi farmasi yang tersertifikasi (C.Ph.T.) dan telah bekerja sebagai teknisi di departemen farmasi selama 3 tahun. Robert sangat bangga dengan prestasinya dan baru saja mengekspresikan ketertarikannya untuk masuk sekolah farmasi. Saat ini, Dr. Hamilton menerima panggilan telepon dari Ann Brown, D.O., seorang dokter yang bertugas pada institusinya. Dr. Brown nampak marah. Kemarin, Dr. Brown menelepon apotek dengan pertanyaan interaksi obat tentang suatu obat yang baru untuk formularium rumah sakit (yaitu, daftar obat-obat yang secara teratur dijaga ketersediaannya

oleh apotek rumah sakit). Dia telah diberitahu oleh "farmasis" yang menjawab telepon bahwa sistem komputer departemen farmasi menunjukkan tidak ada interaksi. Hari ini, pasien Dr. Brown mengalami interaksi yang parah antara obat baru dengan obat yang telah pasien gunakan.

Pada sebuah seminar pendidikan berkelanjutan baru-baru ini, Dr. Hamilton dan staf farmasisnya mempelajari potensi untuk interaksi yang signifikan antara dua obat yang dipertanyakan. Dia dibingungkan pada pikiran mengapa seorang farmasis akan mengatakan pada dokter bahwa tidak ada masalah interaksi obat dengan obat baru. Dr. Hamilton dan staf farmasis menyadari bahwa departemen teknologi informasi rumah sakit belum memperbarui sistem komputer departemen farmasi dengan memasukkan interaksi ini. Pada saat dia menutup pembicaraannya dengan Dr. Brown, dia berjanji untuk menemukan apa yang terjadi dan melakukan tindakan perbaikan.

Dalam penyelidikan Dr. Hamilton, dia menemukan bahwa teknisi Robert Allen pada kenyataannya mengangkat telepon dan menjawab pertanyaan Dr. Brown. Dr. Hamilton mengadakan rapat dengan para farmasis untuk mendiskusikan bagaimana mencegah masalah seperti itu terjadi di masa yang akan datang. Selama rapat, dia mengetahui bahwa sedikit staf farmasis telah, kadang-kadang, mengamati Robert keluar dari perannya sebagai teknisi karena dia berusaha untuk membantu. Mereka mengatakan kepada Dr. Hamilton bahwa mereka telah berusaha untuk memperbaiki kelakuan Robert tetapi hanya sedikit berhasil. Ini pertamanya kali Dr. Hamilton mendengar masalah itu.

PERTANYAAN DISKUSI

1. Bagaimana seharusnya Dr. Hamilton menangani situasi ini?
2. Apakah ada permasalahan dengan bagaimana departemen difungsikan sebagai suatu unit?
3. Apakah pada situasi ini hanya isu "personel" yang menyebabkan perilaku Robert?
4. Apakah ada isu-isu yang lain atau kombinasi isu-isu yang seharusnya ditangani?

Kasus 29.4: Resep yang Tertulis dengan Jelek dan Farmasis yang Tergesa-Gesa

LIABILITAS PERDATA (UNDANG-UNDANG TORT) Stuart Johnson, R.Ph., adalah manajer Apotek Johnson, sebuah apotek komunitas. Ketika dia tiba di apotek hari ini, ada pesan surat-suara yang isinya kalut untuknya pada tengah malam saat apotek tutup. Kelihatannya seorang staf farmasis, Dave, membuat kesalahan peracikan kemarin, dan Suzie Jones, anak berumur 3 tahun, dibawa ambulan dalam keadaan tidak sadar ke ruang gawat darurat rumah sakit lokal pada jam 2 dini hari. Suzie dan keluarganya baru saja pindah ke kota

sekitar 2 minggu yang lalu, dan kemarin adalah kunjungan pertama mereka ke Apotek Johnson.

Saat proses menelepon rumah sakit ataupun menanyai Dave, staf apotek, Stuart mempelajari hal sebagai berikut: Entah bagaimana Dave salah menginterpretasikan selebar resep yang ditulis dengan jelek yang harusnya supositoria gliserin (Aturan pakai: "dipakai menurut resep") menjadi resep tablet Glynase 5-mg (obat yang digunakan untuk mengobati pasien diabetes orang dewasa). Sebagai akibat dari kesalahan ini, gula darah Suzie turun pada kadar rendah yang membahayakan, dan sekarang dia koma. Dave sangat sibuk ketika kesalahan tersebut terjadi dan tidak mengetahui bahwa pasien tersebut, Susan Jones, kenyataannya adalah anak berumur 3 tahun. Dia juga tidak berbicara dengan ibu Suzie, yang membawa resep tersebut. Karena dia sangat sibuk, dia dengan cepat memeriksa pekerjaan teknisi apotek dan membiarkan teknisi tersebut menyerahkan obat tersebut pada Nyonya Jones, seorang pelanggan yang tidak menggunakan asuransi untuk pembayaran. Kenyataan yang menyedihkannya adalah bahwa dokter tidak bermaksud menuliskan obat ini di resep (supositoria gliserin dapat dibeli tanpa resep dokter); terlihat seperti resep karena dituliskan pada blangko resep dokter yang kosong.

PERTANYAAN DISKUSI

1. Dari kasus ini, uraikan pelanggaran-pelanggaran terhadap hukum baik negara bagian maupun federal dan juga keterlibatan undang-undang tort (yaitu, potensi untuk dituntut dipengadilan).
2. Apa peran manajer dalam menentukan yang terjadi secara internal dan berada di luar kesesuaian dengan standar, dengan badan pengatur eksternal, dan dengan standar kinerja profesional melampaui isi dari undang-undang yang sebenarnya?
3. Bagaimana semua ini dapat dibebankan pada apotek?
4. Bagaimana seharusnya Stuart sebagai manajer menanggapi ketika stasiun TV lokal dan surat kabar lokal ingin mewawancarai?

REFERENSI

- Abood RR. 2007. *Pharmacy Practice and the Law*, 5th ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Associated Press. 2000. Drug Representative, Pharmacist Sentenced. *Omaha World-Herald*, February 12, hlm. 16.
- Bledstein BJ. 1976. *The Culture of Professionalism*, hlm. 78. New York: Norton.
- Bren L. 2001. Frances Oldham Kelsey: FDA medical reviewer leaves her mark on history. *FDA Consumer Magazine*, March-April.
- Catizone CA, Teplitz J, Clark BE (eds). 1993. *NABP Survey of Pharmacy Law*. Park Ridge, IL: National Association of Boards of Pharmacy.
- Draper R. 2003. The Toxic Pharmacist. *New York Times Magazine*, 8 Juni.
- Eiserer T. 1999. 2 Plead Guilty in Fraudulent Drug Sale Case. *Omaha World-Herald*, October 9, hlm. 34.
- Green MW. 1979. Epilogue, Prologue. In *From the Past Comes the Future—The First 75 Years of the National Association of Boards of Pharmacy*. Chicago: National Association of Boards of Pharmacy.
- Hilts PJ. 2003. *Protecting America's Health: The FDA, Business and One Hundred Years of Regulation*. New York: Knopf.
- Longest BB, Rakich JS, Darr K. 2000. *Managing Health Services Organizations and Systems*, 4th ed. Baltimore: Health Professions Press.
- May WF. 1988. Code and covenant or philanthropy and contract: Hastings Center report 1975. In Callahan JC (ed), *Ethical Issues in Professional Life*, hlm. 93. New York: Oxford University Press.
- Stafford M. 2002. Ex-Pharmacist Gets 30 Years for Diluting Cancer Drugs. Associated Press, 5 December.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). 2003a. Covered Entity Decision Tools, Centers for Medicare and Medicaid Services, dimodifikasi 24 Juli, 2003; tersedia di www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/support/tools/decisionsupport/default.asp.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). 2003b. Office of Civil Rights (OCR) Privacy Brief: Summary of the HIPAA Privacy Rule, rev., Mei 2003; tersedia di www.hhs.gov/ocr/privacysummary.pdf.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). 2003c. HIPAA Questions and Answers. Tersedia di http://answers.hhs.gov/cgi-bin/hhs.cfg/php/enduser/std_alp.php.
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). 2002. FDA Backgrounder: Milestones in U.S. Food and Drug Law History, diperbaharui 5 Agustus, 2002. Tersedia di www.fda.gov/opacom/backgrounders/miles.html; diakses pada 21 Maret, 2003.
- Webster's Online Dictionary. Tersedia di www.m-w.com/cgi-bin/dictionary?book=Dictionary&va=standard+; diakses pada 20 Maret, 2003.

PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KESALAHAN PENGOBATAN: PERANAN FARMASIS

Matthew Grissinger dan Michael R Cohen

Tentang Penulis: Tuan Grissinger adalah Director of Medication Error Reporting Programs untuk Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Sebelum bergabung dengan ISPM, beliau bekerja sebagai seorang pensurvei perawatan di rumah dan perawatan jangka panjang oleh apotek untuk The Joint Commission (TJC). Tuan Grissinger seorang pembicara yang sering menyampaikan tentang topik kefarmasian dan isu hangat tentang keamanan pengobatan. Dia memublikasikan sejumlah artikel pada literatur kefarmasian, termasuk kolom reguler pada *P&T*, *Pharmacy Today*, dan *U.S. Pharmacist*. Dia juga seorang analis klinis untuk Pennsylvania Patient Safety Reporting System (PA-PSRS). Tuan Grissinger bekerja pada U.S. Pharmacopeia's Safe Medication Use Expert Committee, National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), Editorial Board untuk *P&T*, dan Publications Advisory Board untuk *Davis' Drug Guide for Nurses*. Dia adalah juga seorang Adjunct Assistant Professor pada Temple University School of Pharmacy dan Clinical Assistant Professor pada University of the Sciences in Philadelphia. Tuan Grissinger mendapatkan gelar B.S di bidang farmasi dari Philadelphia College of Pharmacy and Science dan anggota dari American Society of Consultant Pharmacists.

Michael Cohen, R.Ph., M.S., Sc.D., adalah presiden Institute for Safe Medication Practices, suatu organisasi pelayanan kesehatan nirlaba yang memiliki spesialisasi pada pemahaman tentang penyebab-penyebab kesalahan pengobatan dan menyediakan strategi-strategi pengurangan kesalahan bagi komunitas perawatan kesehatan, pembuat kebijakan, dan masyarakat. Beliau adalah editor untuk buku teks, *Medication Errors*, dan bekerja sebagai koeditor untuk *ISMP Medication Safety Alert!* Yang dibaca lebih dari 2 juta profesional kesehatan dan konsumen di Amerika Serikat, juga pembuat peraturan dan yang lain di lebih dari 30 negara lain. Dr. Cohen adalah anggota Sentinel Event Advisory Group untuk The Joint Commission dan baru-baru ini bekerja sebagai anggota dari Committee on Identifying and Preventing Medication Errors untuk Institute of Medicine. Beliau juga anggota National Quality Forum's Voluntary Consensus Standards Maintenance Committee (CSMC) on Safe Practices dan baru bekerja pada FDA Drug Safety and Risk Management Committee. Dr. Cohen secara konsisten diakui oleh *Modern Healthcare* sebagai salah satu dari 100 yang tertinggi dari "Most Powerful People in Healthcare," dan pada tahun 2005 diakui sebagai anggota MacArthur Fellow oleh John D. and Catherine T. MacArthur Foundation. Dr. Cohen mendapatkan gelar B.S. di bidang farmasi dan gelar M.S. di bidang administrasi farmasi rumah sakit dari Temple University. Beliau menerima gelar Doctor of Science degrees (*honoris causae*) dari University of the Sciences di Philadelphia and Long Island University di New York dan gelar Doctor of Public Service dari University of Maryland.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendiskusikan peranan farmasis dalam pencegahan kesalahan pengobatan.
2. Menetapkan kegagalan-kegagalan laten dan aktif serta siapa saja yang berperan ketika kesalahan pengobatan terjadi.
3. Menentukan penyebab(-penyebab) kerusakan sistem yang menghasilkan kesalahan pengobatan.
4. Menetapkan tipe-tipe kesalahan pengobatan yang dapat terjadi selama proses permintaan dan pemberian.
5. Menyatakan 11 langkah yang perlu untuk keamanan pemberian obat.
6. Mengetahui sejumlah obat yang umum digunakan dan dapat menyebabkan kematian karena kesalahan pengobatan.
7. Menetapkan persangkaan yang dikonfirmasi.
8. Mengetahui langkah-langkah yang seharusnya dilakukan untuk meminimalkan kesalahan ketika menerima permintaan secara verbal.
9. Mendeskripsikan perubahan-perubahan apa yang diperlukan pada tingkat manajemen risiko untuk penanganan yang lebih baik isu-isu tentang keamanan pengobatan, termasuk pemakaian modus kegagalan dan analisis efek untuk mengurangi kesalahan yang potensial.
10. Mengidentifikasi problem spesifik pada pendekatan kita untuk pencegahan kesalahan dan apa yang diperlukan untuk diubah untuk memastikan keamanan pasien.

■ SKENARIO

Skenario ini berdasarkan sebuah cerita nyata yang menunjukkan kerusakan berlipat ganda yang dapat terjadi selama proses pemakaian obat dan menyebabkan kematian seorang bayi. Bayi tersebut dilahirkan oleh seorang ibu dengan riwayat sifilis sebelumnya. Walaupun mempunyai informasi pasien yang tidak lengkap tentang pengobatan sifilis yang telah diterima ibu serta status ibu ataupun bayi saat ini, *sebuah keputusan dibuat untuk mengobati bayi tersebut karena sifilis kongenital*. Setelah konsultasi lewat telepon dengan ahli penyakit infeksi dan departemen kesehatan, sebuah resep dituliskan untuk satu dosis "benzatin penisilin G 150.000 unit IM."

Para dokter, perawat, dan farmasis, tidak terbiasa dengan pengobatan sifilis kongenital, juga terbatasnya pengetahuan tentang obat ini. Farmasis berkonsultasi dengan *Drug Facts and Comparisons* untuk menentukan dosis lazim dari penisilin G benzatin untuk bayi. Akan tetapi, *dia salah membaca dosisnya* menjadi 500.000 unit/kg, dosis lazim dewasa, bukan 50.000 unit/kg. konsekuensinya, farmasis juga *salah membaca dan menyiapkan permintaan sebagai 1.500.000 unit, dosis berlebih 10 kali lipat*. Karena kekurangan dari prosedur apotek yang konsisten untuk melakukan dua kali pengecekan independen, *kesalahan tidak terdeteksi*. Apotek *menyiapkan dosis 10 kali lipat di dalam kantung plastik yang berisi dua spuit Permapen 1,2 juta unit/2 ml*, dengan label hijau pada alat pengisap (*plunger*) untuk "menuliskan kekuatan dosis." Sebuah label apotek pada kantung menunjukkan bahwa 2,5

ml obat diberikan secara intramuskular setara dengan dosis 1.500.000 unit. Setelah melihat sekilas obat yang dikirimkan dari apotek, perawat perawatan primer bayi mengungkapkan kekhawatiran kepada rekannya tentang jumlah suntikan yang diperlukan untuk bayi itu (karena maksimum 0,5 ml tiap suntikan intramuskuler yang boleh diberikan pada bayi, dosis tersebut memerlukan lima kali suntikan).

Keinginan untuk mencegah sakit yang tidak perlu pada bayi, dua orang sejawat itu *memutuskan untuk meneliti kemungkinan pemberian obat secara intravena bukan secara intramuskuler*. Monograf untuk penisilin F tidak menyebutkan secara spesifik penisilin G benzatin; sebagai gantinya, di sana tercatat pengobatan untuk sifilis kongenital dengan penisilin G kristal dalam air secara perlahan disuntikkan atau prokain penisilin G secara intramuskuler. Pada dua-halaman monograf sama sekali tidak menyebutkan tentang benzatin penisilin G, dan tidak ada peringatan yang spesifik tentang "hanya digunakan secara IM" untuk prokain penisilin G dan benzatin penisilin G. Tidak mengetahui berbagai bentuk penisilin G membuat praktisi *perawat percaya bahwa "benzatin" adalah salah satu nama dagang untuk penisilin G* dan berkesimpulan bahwa obat dapat diberikan secara intravena dengan aman. Pada saat menyiapkan untuk pemberian obat, *perawat tidak memperhatikan dosis berlebih 10-kali lipat dan tidak memperhatikan bahwa spuit injeksi dilabeli oleh pabrik, "hanya untuk pemakaian IM."* Para perawat mulai memberikan suntikan pertama dari Permapen sebagai suntikan intravena yang diberikan perlahan. Setelah sekitar 1,8 ml diberikan,

bayi tersebut menjadi tidak responsif, dan usaha resusitasi tidak berhasil. (ISMP, 1998)

Tiga perawat yang terlibat dalam kasus ini dituntut untuk pembunuhan karena kelalaian secara kriminal dalam kematian bayi tersebut. ISMP mengadakan analisis sistem dan testimoni ahli pada pemeriksaan pengadilan dan mengidentifikasi lebih dari 50 kegagalan yang berbeda dalam sistem tersebut yang menyebabkan kesalahan ini terjadi, tidak terdeteksi, serta akhirnya, menyebabkan bayi sehat yang baru lahir mengalami kematian. Jika satu saja kegagalan ini tidak terjadi, kecelakaan tersebut tidak akan terjadi atau jika saja kesalahan tersebut diketahui dan dikoreksi sebelum mencapai bayi tersebut.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Pada tahap apa saja dari proses pemakaian obat dapat terjadi kesalahan pengobatan?
2. Apa saja tipe faktor kontribusi yang menyebabkan kesalahan pengobatan selama proses permintaan?
3. Prosedur apa saja yang seharusnya diperbolehkan ketika melakukan suatu permintaan verbal?
4. Apa tahap yang seharusnya diikuti selama proses pengisian-resep untuk mencegah kesalahan pengobatan?
5. Apa tiga faktor penting yang memainkan peranan pada beberapa interaksi dengan pasien?
6. Tipe pasien mana yang lebih berisiko terhadap ketidakpatuhan?

■ PENDAHULUAN

Keselamatan pasien menjadi perhatian utama sejak dikeluarkannya laporan bulan Nopember 1999 dari Institute of Medicine's (IOM), "To Err Is Human." Praktisi perawatan kesehatan mungkin mempelajari hal yang mengejutkan dari laporan ini bahwa kesalahan-kesalahan termasuk obat-obatan dengan resep membunuh sampai 7.000 orang Amerika per tahun. IOM mengeluarkan laporan pada tahun 2006 dengan judul, "Preventing Medication Errors" dan menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan adalah di antara kesalahan medis lain yang paling umum, membahayakan paling sedikit 1,5 juta orang tiap tahun. Laporan tersebut menyimpulkan bahwa 400.000 cedera terkait dengan obat yang dapat dicegah terjadi setiap tahunnya di rumah sakit. 800.000 kasus yang lain terjadi pada lingkup perawatan jangka panjang, dan sekitar 530.000 terjadi hanya di antara penerima Medicare di klinik rawat jalan. Asumsi secara konservatif kejadian setiap tahun dari 400.000 kejadian efek samping (*adverse drug events*, ADE) yang dapat dicegah di rumah sakit menghabiskan biaya per tahun \$3,5 miliar pada tahun 2006. Laporan ini mencatat bahwa data itu sepertinya di bawah perkiraan karena tidak memasukkan kesalahan karena kelalaian seperti kegagalan

meresepkan obat-obatan untuk kejadian yang memiliki dasar bukti kemampuan mengurangi morbiditas dan mortalitas (IOM, 2006).

Karena kenaikan tekanan pada kesalahan pengobatan oleh pemberitaan media, diberikanlah perhatian intensif baik pada sektor publik maupun asuhan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa kerugian yang disebabkan kesalahan pengobatan umumnya bukan karena kesalahan profesional asuhan kesehatan secara individual, melainkan lebih pada menunjukan kegagalan pada sistem asuhan kesehatan yang kompleks. Pencegahan kesalahan pengobatan dimulai dengan mengakui bahwa kesalahan merupakan multifaktorial dan lebih merupakan kesalahan dari dari sistem secara keseluruhan, bukan hasil dari tindakan atau kelalaian dari orang-orang dalam sistem tersebut. Walaupun ketika suatu kesalahan dapat dilacak secara langsung pada individu tertentu (misalnya, farmasis atau perawat yang memberikan obat yang salah tersebut), penyelidikan lebih lanjut sering menentukan bahwa sejumlah faktor, seperti komunikasi permintaan yang tidak baik antara dokter dan farmasis, praktik penyimpanan yang membahayakan di apotek, dan pelabelan yang terlihat mirip, mungkin memainkan peranan pada kesalahan tersebut. Melindungi pasien dari pemberian obat yang tidak tepat telah menjadi perhatian penting dari farmasis dan teknisi farmasi, termasuk mereka yang berada di tataran rawat jalan, perawatan akut, perawatan jangka-lama, perawatan di rumah, dan di managed-care.

Farmasis dan teknisi memainkan peranan penting dalam keamanan obat pada praktik kefarmasi modern. Setelah meringkas beberapa studi yang dilakukan di rumah sakit dan fasilitas perawatan jangka-panjang, Allan dan Barker (1990) memperkirakan bahwa kesalahan pengobatan terjadi pada kecepatan 1 per pasien per hari, pada studi yang lebih baru yang dilakukan di apotek rawat jalan, mereka menemukan keseluruhan nilai akurasi pemberian untuk obat-obat yang diresepkan adalah 98,3 persen. (Allan, Barker, dan Carnahan, 2003). Walaupun kesalahan-kesalahan ini pada umumnya mungkin memiliki relevansi klinis yang minimal dan tidak berpengaruh jelek pada pasien, banyak ahli percaya bahwa jumlah kesalahan pengobatan mungkin lebih tinggi di tempat rawat jalan karena kesalahan tidak selalu terlihat oleh profesi kesehatan yang bekerja di sana. Sebagai contoh, kesalahan pengobatan dapat terjadi ketika pasien membeli obat bebas atau bebas terbatas tanpa membicarakan dengan farmasis tentang beberapa interaksi potensial dengan obat mereka yang dibeli dengan resep atau jika pasien gagal memastikan dosis yang tepat dari obat *over-the-counter* (OTC) mereka.

Bab ini memfokuskan perbaikan sistem serta pengawasan dan penyeimbangan yang diperlukan untuk secara proaktif mencegah kesalahan pengobatan selama farmasis dan teknisi menyiapkan, memberikan, dan memonitor efek obat

pada semua tataran praktik. Tambahan lagi, perhatian ditempatkan pada pentingnya penentuan kegagalan laten yang juga berperan pada mediasi kesalahan dengan pengembangan program pelaporan kesalahan obat yang efektif untuk menemukan bagaimana kegagalan laten terjadi dan bagaimana mereka dapat mencegahnya.

■ LATAR BELAKANG

Saat ini, banyak organisasi melakukan pendekatan yang tidak efektif dalam mencegah kesalahan pengobatan. Penyelidikan cenderung memfokuskan pada awal dan akhir atau akhir yang aktif dari kesalahan (contohnya, praktisi di garis depan, seperti farmasis yang menyerahkan obat). Ketika kesalahan terjadi, sudah sifat alami manusia untuk menyalahkan seseorang atau sesuatu. Tambahan lagi, praktisi perawatan kesehatan bekerja di suatu lingkungan tempat mereka berusaha keras untuk kesempurnaan. Individual yang terlibat dalam suatu kesalahan mungkin dianggap kurang memperhatikan, tidak kompeten, malas, dan tidak peduli. Mereka sering menjadi sasaran tindakan yang menghukum seperti tindakan pendisiplinan, teguran publik atau pribadi, pendidikan remedial, penundaan, atau pemecatan. Sebagai hasilnya, praktisi tersebut mengalami perasaan ketidakcakapan, penyangkalan, dan rasa malu.

Pendekatan yang efektif, pada sisi yang lain, mempertimbangkan faktor-faktor yang berperan pada kesalahan pengobatan yang terjadi pada tingkat organisasi, dikenal dengan *akhir laten* atau *akhir kasar* dari suatu kesalahan. Kegagalan laten adalah kelemahan pada struktur organisasi, seperti manajemen informasi yang cacat atau pelatihan personal yang tidak efektif, yang mungkin dihasilkan dari keputusan-keputusan yang dibuat oleh manajemen tingkat atas (Reason, 1990). Kegagalan laten dapat juga berasal dari informasi yang tidak lengkap, seperti informasi yang hilang tentang alergi dan diagnosis, ketidakjelasan komunikasi dari permintaan obat, kurangnya pengecekan ganda yang independen sebelum penyerahan, kurangnya peringatan pada komputer, referensi obat yang ambigu, masalah penyimpanan obat, dan obat-obatan dengan nama terlihat mirip/berbunyi mirip. Kegagalan laten adalah sifat dari sistem pemakaian obat. Untuk mencegah kesalahan pengobatan, kita harus mengubah dan memperbaiki *sistem* dan tidak mengandalkan pada mengubah orang. Kegagalan laten ini dikategorikan oleh elemen kunci dari sistem pemakaian obat dan memasukkan informasi tentang pasien; informasi obat; komunikasi tentang informasi obat; pengemasan obat, pelabelan, dan penamaan; tambahan peralatan obat dan dan penggunaan; penyimpanan obat, stok, dan distribusi; faktor lingkungan; kompetensi staf dan pendidikan; proses kualitas; dan manajemen risiko (Cohen, 1999). Oleh mereka sendiri, kegagalan laten sering tidak terlihat dan mungkin tidak menyebabkan masalah secara

langsung. Konsekuensi potensial seringkali tersembunyi, menjadi terlihat hanya ketika mereka terjadi dalam urutan yang pasti dan berkombinasi dengan kegagalan aktif dari individual.

Kesalahan pengobatan mungkin juga dihasilkan dari kekurangan-kekurangan pada salah satu dari dua area: pengetahuan dan kinerja. Karena tidak seorang pun yang tahu segala hal, dan karena setiap orang adakalanya terpeleset atau mempunyai kinerja jelek, setiap orang bisa berbuat kesalahan. Pemakaian obat adalah proses yang kompleks yang terdiri dari subproses seperti permintaan, penyiapan, penyerahan, pemberian, dan penyediaan edukasi pada pasien.

■ PERMINTAAN OBAT-OBATAN

Dokter atau mereka yang ditunjuk—farmasis, praktisi perawat, asisten dokter, dan perawat—memulai proses penyerahan dan penggunaan obat melalui permintaan obat atau resep. Kesalahan permintaan obat atau penulisan resep terjadi karena kekurangan pengetahuan atau kinerja yang buruk oleh penulis resep. Walaupun catatan pesanan peresep yang terkomputerisasi (*computerized prescriber order-entry, CPOE*) dan sistem peresepan elektronik, tiap-tiap dengan alat pendukung pembuatan keputusan klinis, diimplementasikan pada lingkup yang lebih luas mulai tahun 2007, kebanyakan farmasis masih melayani permintaan obat yang ditulis tangan. Resep tulisan tangan yang tidak terbaca, ambigu, atau tidak lengkap atau permintaan obat yang menyebabkan banyak kesalahan dibuat oleh perawat, farmasis, teknisi apotek, dan pekerja asuhan kesehatan lainnya.

Tulisan Tangan yang Tidak Dapat Dibaca

Untuk meminimalkan peluang salah menginterpretasikan, doronglah dokter yang memiliki tulisan tangan buruk untuk mencetak resep dan permintaan obat dalam huruf balok. Pada lingkup institusional, mintalah dokter memeriksa permintaan dengan staf perawatan sebelum meninggalkan area perawatan pasien. Lebih penting lagi, minta dokter untuk menyertakan tujuan pengobatan sebagai bagian dari resep atau permintaan obat untuk membantu pembacanya membedakan nama obat ketika tulisan tangan kurang mudah dibaca. Banyak obat-obatan mempunyai nama-nama yang terlihat sama, tetapi sangat sedikit pasangan nama yang dieja sama digunakan untuk maksud yang sama. Permintaan pracetak, didiktekan, dan permintaan yang secara langsung dimasukkan dalam komputer oleh dokter adalah solusi lain untuk tulisan tangan yang buruk.

Karena walaupun individual terlatih sekalipun dapat salah membaca tulisan tangan yang bagus, sebuah sistem yang melakukan pengecekan dua kali secara independen untuk permintaan/tulisan resep seharusnya dilakukan dengan

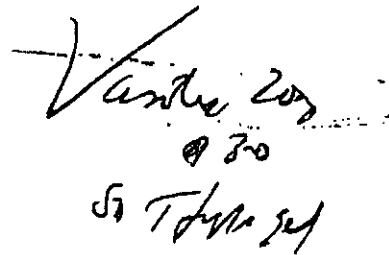
beberapa individual menginterpretasikan dan menuliskan suatu permintaan. Di banyak rumah sakit, tiap-tiap permintaan dibaca oleh seorang sekretaris unit dan diperiksa oleh seorang perawat. Pada saat yang sama, sebuah salinan yang sama persis dari permintaan dikirimkan ke apotek baik secara langsung maupun dengan faksimili. Di apotek, farmasis dan teknisi mempunyai sejumlah kesempatan untuk memeriksa permintaan tersebut, termasuk mengecek dua kali terhadap label, hasil cetak, dan kemasan obat. Seorang teknisi sering kali memilah permintaan tersebut dan kadang kala memasukkannya ke dalam komputer. Setelah pemasukan data, label dicetak, dan seorang farmasis menginterpretasikan resep/permintaan yang asli dan memverifikasi catatan komputer teknisi lewat membandingkannya dengan label. Setelah itu, permintaan dan label dibaca lagi oleh teknisi dan farmasis ketika obat disiapkan dan diracik. Pada lingkup pasien rawat jalan, sistem ini seharusnya memasukkan pengecekan akhir ketika memberikan konseling pada pasien. Pada keadaan tidak ada kasus seharusnya teknisi apotek menginterpretasikan permintaan oleh mereka sendiri karena proses ini tidak menawarkan pengecekan yang cukup untuk mencegah kesalahan. Tambahan lagi, permintaan tidak boleh dibuat hanya dari label yang dibuat dengan komputer. Lebih baik, permintaan yang asli seharusnya disertakan pada label untuk memungkinkan pengecekan yang lain.

Nama Obat yang Terlihat Mirip

Obat-obat dengan nama yang dieja serupa dapat dengan mudah salah dibaca satu sama lain. Farmasis dan teknisi harus mewaspadai masalah ini dan seharusnya jangan pernah menebak mengenai maksud dari penulis resep.

Pelajari tulisan tangan pada gambar 30-1 dan 30-2. Akankah Anda kesulitan membaca permintaan obat ini secara benar? Gambar itu adalah contoh aktual permintaan dengan tulisan tangan di lingkup pasien rawat inap maupun rawat jalan, tiap-tiap menyebabkan kesalahan pengobatan. Masalahnya bukanlah tidak pasti. Berlawanan dengan hal itu, tiap-tiap permintaan salah dibaca dari awal. Ketiadaan pertimbangan sering diberikan pada obat alternatif karena pada tiap-tiap kasus anggota staf apotek berpikir mereka membaca permintaan dengan benar.

Ketika farmasis dan teknisi menginterpretasikan resep dan permintaan obat, obat-obat yang baru dipasarkan



The image shows a handwritten prescription. The word 'Varrin' is written in a cursive script, followed by '200 mg'. Below it, '20 mg' is written, which is a misreading of the original. The name 'Vasorec' is also written, further illustrating the confusion.

Gambar 30-1. Permintaan untuk Varrin 200 mg salah dibaca sebagai Vasorec 20 mg.

menjadi permasalahan yang khusus. Anggota staf tidak akrab dengan nama-nama obat tersebut, dan mereka cenderung untuk menginterpretasikannya sebagai obat yang lama. Memperbarui edukasi tentang semua obat baru kepada staf apotek merupakan hal penting, termasuk beberapa potensi kesalahan yang mungkin ada dengan produk baru ini. Pada lingkup pelayanan rawat jalan, dokter dapat menulis baik generik maupun nama dagang yang dapat dibaca pada resep, dan mereka dapat menambahkan maksud yang diinginkan dari pengobatan untuk lebih membuat staf apotek waspada terhadap nama obat yang benar.

Nama yang Berbunyi Mirip

Permintaan obat yang dikomunikasikan secara lisan sering kali terjadi salah dengar, salah pengertian, salah menginterpretasikan, atau menuliskan secara tidak benar. Celebrex dan Cerebyx berbunyi sama, begitu juga Celexa dan Zyprexa, Sarafem dan Serophene, Flomax dan Volmax, dan ratusan pasang nama yang lain. Tiap-tiap obat ini membingungkan satu sama lain, menyebabkan pasien menerima obat yang salah. Pada banyak kasus, cedera serius telah terjadi karena salah menginterpretasikan permintaan verbal. Ini merupakan sebuah alasan yang baik untuk fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan fasilitas pelayanan jangka panjang untuk membuat kebijakan yang mencegah permintaan secara lisan untuk obat tanpa tinjauan apotek pada permintaan tercetaknya. Nama-nama obat yang berbunyi mirip menimbulkan banyak masalah seperti halnya dengan obat yang namanya terlihat serupa. Jelasnya, ketika terjadi



The image shows a handwritten prescription. The word 'Avandia' is written in a cursive script, followed by '4 mg'. Below it, 'Coumadin' is written, which is a misreading of the original.

Gambar 30-2. Permintaan untuk Avandia 4 mg salah dibaca sebagai Coumadin 4 mg.

ketidakjelasan, farmasis harus menghubungi penulis resep untuk klarifikasi.

Untuk menurunkan peluang terjadinya salah pengertian, fasilitas pelayanan kesehatan dan apotek komunitas seharusnya tidak mendukung permintaan-permintaan secara verbal. The Joint Commission (TJC), suatu badan akreditasi nasional untuk organisasi perawatan kesehatan, dalam 2003 National Patient Safety Goals mengharuskan organisasi yang terakreditasi memperbaiki keefektifan komunikasi antar pemberi pelayanan dengan mengimplementasikan suatu proses untuk menangani permintaan verbal atau telepon yang mengharuskan suatu permintaan verbal untuk dituliskan dan kemudian "dibaca kembali" secara lengkap oleh orang yang menerima permintaan tersebut (TJC, 2003).

Pemakaian mesin faksimili yang lebih luas antar-area rumah sakit, klinik medis, apotek, dan unit-unit perawatan akan membantu. Ketika komunikasi verbal tidak dapat dihindari, kepatuhan yang ketat terhadap prosedur untuk permintaan verbal ini dapat meminimalkan kesalahan-kesalahan:

- Permintaan verbal seharusnya ditangani hanya oleh personel yang berwenang.
- Jika memungkinkan, orang kedua seharusnya mendengarkan pada saat resep diberikan.
- Permintaan seharusnya disalin dan dibaca kembali, diulang sama dengan apa yang diminta, kadang kala mengeja nama obat yang bersangkutan untuk memverifikasi dan dikuatkan dengan pemakaian teknik digit per digit untuk dosisnya. (1-5, bukan 15)
- Pada lingkup pelayanan akut, catat permintaan verbal pada lembaran permintaan langsung pada catatan pasien bila memungkinkan. Penyalinan dari secarik kertas ke catatan pasien menyebabkan peluang lain untuk kesalahan. Dapatkan nomor telepon penulis resep seandainya nanti diperlukan untuk pertanyaan lanjutan.
- Obat yang diresepkan harus sesuai dengan situasi klinik pasien.

Untuk mencegah kesalahan karena bunyi dan tulisan yang serupa, dokter harus didorong untuk menyertakan petunjuk yang lengkap, dosis, rute pemakaian, dan indikasi (tujuan) pemakaian. Seluruh elemen ini dapat digunakan sebagai pengenalan. Tidak bisa cukup ditekankan bahwa walaupun jika kekurangan informasi seperti itu pada permintaan resep, profesional perawatan kesehatan yang terlatih dapat memutuskan apakah obat yang diminta sesuai untuk pasien dalam konteks yang diminta secara tertulis dengan mengetahui kegunaan dari obat dan juga masalah dari pasien. Sebagai contoh, mengetahui bahwa pasien didiagnosis diabetes akan menjadi sebuah petunjuk penting dalam penentuan bahwa Avandia yang dimaksudkan dalam permintaan obat di Gambar

30-2. Prosedur diagnosis bersama dengan permintaan dapat juga memberikan informasi yang penting. Inilah mengapa penting bagi farmasis untuk memverifikasi seluruh permintaan yang diproses oleh teknisi. Jika ragu, teknisi seharusnya memeriksa dengan farmasis, siapa yang dapat menghubungi penulis resep untuk klarifikasi jika maksud resep tidak terlalu jelas.

Permintaan Resep yang Ambigu

Kesalahan dapat terjadi ketika permintaan ambigu diinterpretasikan lain dari apa yang dimaksudkan penulis resep. Penulisan dosis yang benar sangat vital dalam permintaan obat. Farmasis seharusnya dapat mengenali penulisan dosis yang tidak tepat, dan potensial bagi kesalahan, ketika mereka melihatnya. Ketika permintaan tidak jelas, farmasis harus menghubungi penulis resep untuk klarifikasi. Farmasis dan teknisi seharusnya menghindari pemakaian penulisan dosis yang membahayakan pada saat mereka memproses permintaan, mengetik label, dan berkomunikasi dengan lainnya. Contoh berikut menyertakan beberapa permintaan yang ditulis dengan tidak benar yang dilaporkan ke Institute for Safe Medication Practices (ISMP):

- *Dosis yang diturunkan.* Seorang pasien diabetes telah mendapatkan 80 mg prednison per hari untuk beberapa bulan. Setelah sebuah kunjungan kantor, dokter memutuskan untuk menurunkan dosis harian sebanyak 5 mg, dari 80 ke 75 mg, dan menuliskan pada permintaan, "Turunkan prednison—75 mg". Permintaan salah diinterpretasikan menjadi 80 mg dikurangi 75 mg dan disalin menjadi, "Prednison 5 mg PO/hari." Sebagai hasilnya, diberikan dosis 5 mg, serta penurunan dosis besar yang mendadak dan tidak diharapkan menyebabkan pasien kolaps. "Turunkan prednison sebesar 5 mg/hari" akan lebih jelas, tetapi cara yang paling aman untuk menulis permintaan adalah, "Turunkan prednison sebesar 5 mg/hari. Dosis baru adalah 75 mg/ hari."
- *Kekuatan tablet.* Permintaan yang spesifik baik kekuatan maupun jumlah tablet akan membingungkan ketika ada lebih dari satu kekuatan tablet. Sebagai contoh, "Metoprolol ½ (setengah) tablet 25 mg satu kali sehari" terlihat cukup jelas. Akan tetapi, ketika anda menyadari bahwa produk ini tersedia dalam kekuatan 25- dan 50-mg tablet, keambiguan dari permintaan ini menjadi jelas. Dosis mana yang diinginkan, 25 atau 12,5 mg? Permintaan yang lebih jelas jika dosis disebutkan tanpa memperhatikan kekuatan yang tersedia (contoh, "Metoprolol 12,5 mg satu kali sehari"). Untuk dosis yang memerlukan beberapa tablet atau kapsul, label apotek seharusnya mencatat jumlah yang pasti dari unit dosis yang dibutuhkan. Sebagai contoh, label pada dosis

800-mg Asacol (mesalamin), yang tersedia hanya dalam tablet 400-mg, seharusnya dibaca "2x400-mg tablet=800 mg." Untuk dosis 6,25-mg captopril, yang tersedia dalam tablet 12,5-mg, label seharusnya terbaca setengah ($1/2$) x tablet 12,5-mg = 6,25 mg." Jika apotek Anda menyediakan medication administration records (MAR) yang dihasilkan oleh komputer untuk perawat-perawat, jenis notasi yang sama ini seharusnya digunakan.

- *Bentuk sediaan cairan.* Menunjukkan dosis sediaan bentuk cair dalam bentuk hanya milliliter atau sendok teh penuh adalah berbahaya. Sebagai contoh, eliksir asetaminofen tersedia dalam banyak kekuatan, termasuk 80, 120, dan 160 mg per 5 mL. Jika resep tertulis "5 mL," jumlah miligram yang diinginkan akan tidak jelas. Bagaimanapun juga, suatu permintaan dari "80 mg" menyatakan dosis yang tepat. Jumlah obat dalam berat metrik, begitu juga dengan volume, seharusnya selalu disertakan pada label apotek (contoh, "Eliksir asetaminofen 80 mg/5 mL"). Lebih jauh lagi, dosis pasien seharusnya juga disertakan. Untuk dosis 320-mg, label seharusnya terbaca, "320 mg = 20 mL." Hal sama juga untuk label dosis-unit dan *bulk label*.
- *Obat yang Diinjeksikan.* Untuk obat-obat yang diinjeksikan, aturan yang sama diberlakukan. Daftar berat metrik atau berat dan volume metrik, jangan pernah hanya volume saja, karena konsentrasi larutan dapat berbeda. Sebuah contoh dari kesalahan ini terjadi di sebuah rumah sakit yang memberikan vaksin hepatitis B. Blangko permintaan dokter pracetak digunakan untuk meresepkan vaksin, hanya mencantumkan volume yang diberikan. Ketika klinik mengganti ke vaksin dengan nama dagang lain, mengandung konsentrasi vaksin yang berbeda, blangko pracetak yang sama tetap digunakan. Hal ini menghasilkan ratusan anak mendapat dosis di bawah seharusnya sampai kesalahan tersebut ditemukan. Hal ini dapat dihindari jika jumlah dari vaksin dituliskan dalam mikrogram daripada hanya volume dalam mililiter.
- *Jumlah Bervariasi.* Dosis obat seharusnya tidak pernah diminta hanya dengan jumlah dari tablet, kapsul, ampul, atau vial karena jumlah yang terkandung pada sediaan berbeda. Dosis obat seharusnya diminta dengan menunjukkan unit yang benar (contoh, "20 mEq potassium chloride"). Seorang pasien yang mempunyai resep dokter "an amp" dari potassium klorida mungkin mendapatkan 10, 20, 30, 40, 60, atau 90 mEq. Pada kondisi tertentu, dosis yang lebih tinggi dapat mematikan.
- *Angka nol dan tanda desimal.* Ketika menuliskan dosis obat pada label atau komunikasi yang lain, jangan pernah menulis bilangan bulat dengan desimal dan angka nol. Sebagai contoh, "Coumadin 1,0 mg" adalah cara yang sangat berbahaya untuk menuliskan dosis. Jika tanda desimal tidak terlihat, dosis akan salah diinterpretasikan sebagai "10 mg" dan menghasilkan dosis berlebih 10 kali lipat. Hal sama dapat terjadi ketika "Dilaudid 1,0 mg" dituliskan. Cara yang benar untuk menuliskan permintaan-permintaan ini dapat tiap-tiap dengan "Coumadin 1 mg" dan "Dilaudid 1 mg."

Di lain pihak, selalu menempatkan angka nol sebelum tanda desimal ketika dosis kurang dari 1. Sebagai contoh, ISMP menerima satu laporan ketika "Vincristine . 4 mg" terlihat "Vincristine 4 mg" ketika cetakan tanda desimal jelek, seperti pada fax atau kopi karbon atau salinan yang tidak memerlukan karbon pada permintaan. Menghindari pemakaian tanda deimal ketika terdapat alternatif yang dapat dikenali karena bilangan bulat lebih mudah digunakan. Sebagai contoh, "Digoxin 0,125 mg" akan bagus, tetapi "Digoxin 125 mcg" akan lebih baik lagi. Gunakan "500 mg" daripada "0.5 g."

- *Spasi.* Dua overdosis dilaporkan karena huruf kecil l (ell) adalah huruf belakang dari sebuah nama obat dan salah dibaca sebagai angka 1. Di satu kasus, sebuah permintaan untuk 300 mg Tegretol (karbamazepin) dua kali sehari terlihat sebagai "Tegretol 300 mg bid" dan salah diinterpretasikan sebagai "1300 mg bid" (lihat

Paxil 40mg qd
 Humulin N 144 units BID
 Dilantin 200mg BID
 Tegretol 1300mg BID
 Slingscale Regular
 Sero Kot-ii po qHS

Gambar 30-3. Permintaan untuk Tegretol salah dibaca sebagai 1300 mg bukan 300 mg

60 Regular INSULIN NOW

Gambar 30-4. Salah menginterpretasikan 6 unit (U) regular insulin sebagai 60.

Gambar 30-3). Pada kasus yang lain, seorang perawat salah membaca sebuah permintaan untuk 2 mg Amarel (glimepirid) sebagai 12 mg karena tidak ada jarak yang cukup antara huruf terakhir dari nama obat dan numerik dosis. Tambahan lagi, ketika label dicetak, pastikan bahwa ada jarak setelah nama obat, dosis, dan unit pengukurannya. Sulit untuk membaca label ketika nama obat dan dosis berdampingan.

- **Sistem apotekari.** Pakailah sistem matrik secara eksklusif. Walaupun Anda mungkin telah mempelajari tentang sistem apotekari dan dengan grain, dram, minim, dan ounce, hal ini sangat tidak akurat. Sebagai contoh, simbol dari dram telah salah dibaca sebagai "3," dan minim telah salah dibaca sebagai "55." Permintaan untuk fenobarbital 0,5 gr (30 mg) salah baca menjadi sebagai "0,5 gram (500 mg)." Pemakaian sistem apotekari tidak lagi diakui secara resmi oleh United States Pharmacopeia (USP).

Singkatan yang Dihindari

Singkatan tertentu mudah untuk disalah-interpretasikan. Pengontrolan singkatan yang berbahaya dapat mengurangi kesalahan komunikasi. Walaupun kebanyakan fasilitas perawatan kesehatan mempunyai daftar singkatan yang disetujui untuk digunakan oleh staf profesional, mungkin lebih aman bila tiap-tiap rumah sakit juga membuat suatu daftar singkatan yang jangan pernah digunakan. Kenyataannya, daftar negatif tersebut lebih mudah untuk dipertahankan dan dibuat. Selain itu, The Joint Commission (TMJ), telah merekomendasikan bahwa organisasi terakreditasi membuat standar singkatan, akronim, dan simbol yang digunakan pada fasilitas mereka, termasuk sebuah daftar singkatan, akronim, dan simbol yang tidak boleh digunakan.

ISMP telah membuat sebuah daftar yang mengandung beberapa singkatan yang mudah disalah interpretasikan berdasarkan kesalahan pengobatan aktual yang dilaporkan ke ISMP, beberapa dari hal tersebut membahayakan pasien (ISMP, 2001a, 2001b). Singkatan-singkatan ini seharusnya jangan pernah digunakan pada permintaan obat, pada label apotek, pada laporan berkala, atau pada komunikasi yang lain yang berasal dari apotek atau sistem komputer apotek.

Singkatan *U* untuk unit memberikan contoh yang tepat untuk sesuatu yang akan menjadi salah. Kesalahan telah terjadi ketika huruf *U* salah baca menjadi sebagai angka 0, 4, 6, dan 7, dan bahkan cc, menghasilkan overdosis obat yang mendatangkan malapetaka pada insulin, heparin, penisilin, dan obat-obat lain yang mempunyai dosis kadang kala dituliskan dalam unit. Sebagai contoh, sebuah permintaan ditulis sebagai "6U regular insulin" telah disalah interpretasikan sebagai "60 regular insulin," dengan pasien menerima 60 unit yang seharusnya diinginkan 6 unit (lihat Gambar 30-4).

D/C adalah contoh lain dari singkatan yang seharusnya tidak digunakan. Hal ini ditulis yang berarti "discontinue" atau "discharge," kadang kala menyebabkan penghentian pengobatan pasien yang prematur. Pada Gambar 30-5, permintaan "d/c" disalah interpretasikan sebagai "discontinuation" suatu antibiotika yang pasien belum pernah menerimanya. Pada kenyataannya, "d/c" benar-benar berarti "OK," yang artinya obat disetujui untuk digunakan oleh dokter penyakit infeksi.

Jangan menyingkat nama obat. Sebagai contoh, *MTX* berarti "methotrexate" untuk beberapa profesional kesehatan, tetapi yang lain memahaminya sebagai "mitoxantrone." *AZT* telah disalahartikan sebagai "azathioprine" (Imuran) padahal "zidovudine" (Retrovir) yang dimaksudkan. Pada satu kasus, salah menginterpretasikan ini menyebabkan seorang pasien dengan AIDS menerima azathioprine, suatu immunosupresan, bukan obat antiretroviral yang diinginkan. Sistem imun pasien memburuk, dan infeksi yang terjadi semakin buruk. Pada contoh yang lain, satu permintaan untuk "HCTZ50 mg" (hydrochlorothiazide) disalahkan untuk permintaan "HCT 250 mg" (hydrocortisone).

■ PENYIAPAN DAN PENYERAHAN OBAT

Peningkatan keamanan yang penting untuk mencegah kesalahan pada saat penyerahan adalah pembuatan sistem pemeriksaan berkali-kali sejak saat permintaan resep pertama kali dituliskan di kantor dokter atau pada unit perawatan sampai penerimaan di apotek serta melalui penyerahan dan penggunaan. Sistem seperti itu disarankan pada bagian ini. Jelasnya, lebih banyak suatu permintaan resep "dilihat"

Gambar 30-5. Cefazidime "OK" per ID disalah bacakan sebagai "d/c" per ID.

(sementara itu alur kerja yang efisien tetap dipertahankan) akan lebih baik. Profesional kesehatan dapat memeriksa permintaan di beberapa tempat pemeriksaan dan dengan cara demikian memaksimalkan ditemukannya peluang kesalahan. Apotek dengan sistem distribusi obat terkomputerisasi mempunyai keuntungan karena label dan laporan dapat dicetak sehingga interpretasi permintaan dan pemasukan permintaan dapat diverifikasi pada berbagai tahap.

Tahapan Dalam Pengerjaan Resep

Penting agar seluruh profesional perawatan kesehatan, termasuk penulis resep, perawat, dan apotek bekerja bersama ketika pengerjaan resep sehingga garis komunikasi tetap terbuka jika muncul pertanyaan. Hal berikut mendeskripsikan suatu alur kerja yang disarankan untuk mengurangi risiko kesalahan pengobatan selama proses pengerjaan resep:

1. Penulis resep menemui pasien; melakukan pemeriksaan; menentukan obat, dosis, rute, dan frekuensi yang sesuai; dan menuliskan permintaan atau mengomunikasikan permintaan tersebut secara verbal kepada personel perawatan atau apotek.
2. Pada lingkungan rawat inap, unit sekretaris membaca dan menyalin permintaan ke dalam catatan pemberian obat (*medication administration record, MAR*). Tahap ini tidak penting di rumah sakit yang pembuatan MAR-nya oleh komputer atau penulis resep dapat memasukkan permintaan dengan komputer, walaupun perawat dan farmasis masih harus memverifikasi kelayakan permintaan itu.
3. Pada lingkungan rawat inap, seorang perawat memeriksa keakuratan salinan yang dibuat unit sekretaris.
4. Suatu salinan langsung permintaan dibawa atau difax ke apotek, atau masukan data dari komputer penulis resep mencapai apotek. Farmasis atau teknisi apotek membaca permintaan tersebut dan memasukkannya ke dalam sistem komputer apotek. Jika teknisi menemukan suatu duplikasi permintaan, dosis yang salah, alergi, atau hal lain semacam itu, hal tersebut didokumentasikan dan menjadi perhatian farmasis selama seleksi klinis pada tahap 5.
5. Seorang farmasis memeriksa masukan data dari komputer teknisi, membandingkannya dengan resep aslinya (ditulis tangan atau elektronik), dan melakukan seleksi klinis pada resep sesuai dengan kebutuhan untuk obat, alergi atau kontraindikasi lain, dosis yang sesuai, dan rute pemakaian yang sesuai.
6. Label dan/atau profil obat dicetak. Salinan resep asli atau permintaan obat terus menyertai label atau profil obat pada saat permintaan tersebut dikerjakan. Permintaan-permintaan resep seharusnya tidak pernah dilayani semata-mata hanya pada apa yang terlihat pada label atau profil obat karena masukan data komputer mungkin saja salah.
7. Untuk memilih suatu *item* untuk diserahkan, seorang teknisi memeriksa ketidaksesuaian yang mungkin ada pada label maupun permintaan obat.
8. Farmasis memeriksa pekerjaan teknisi, memeriksa label permintaan obat dan dosis yang telah disiapkan. Obat dilabeli dan diserahkan. Dalam institusi, perawat menerima obat dan membandingkan obat dan label apotek dengan salinan dari permintaan dokter, juga dengan salinan yang ditulis tangan yang dibuat lebih awal pada MAR.
9. Pada lingkungan komunitas, farmasis menggunakan sesi konseling pasien untuk menilai lebih lanjut apakah obat yang tepat yang diserahkan dan pasien mempunyai kondisi yang dapat diobati dengan produk yang disediakan. Farmasis seharusnya bertanya pada pasien jika mereka mempunyai pertanyaan tentang obat mereka. Untuk pengulangan pengobatan (*refill*) dan obat yang pasien dapat dulu, pasien seharusnya didorong untuk bertanya pada farmasis tentang beberapa perubahan tampilan produk. Jika pasien atau pemberi perawatan disediakan alat, seperti spuit oral untuk pemberian cairan atau suspensi, sebagai tambahan untuk menyediakan alat yang sesuai untuk mengukur dosis pada pasien, praktisi harus memastikan bahwa pasien atau pemberi perawatan memahami bagaimana cara menggunakannya secara benar sesuai dengan pengobatan. Memperagakan kepada pasien bagaimana menggunakan alat tersebut, dan diikuti dengan pemeragaan ulang oleh pemakai.
10. pasien di lingkungan komunitas seharusnya dididik tentang efek merugikan yang biasa terjadi dari obat yang mereka pakai dan memahami apa tanda klinis yang harus diperhatikan dan melaporkan kepada profesional kesehatan. Pada lingkungan institusi, perawat memberikan dosis, memberikan nama obat, menerangkan maksud pemakaian obat dan efek merugikan yang potensial, dan menjawab pertanyaan dan perhatian yang timbul dari pasien.
11. Tahap akhir dari proses ini adalah pemastian kepatuhan terhadap terapi obat. Jika pasien menggunakan terlalu banyak obat atau tidak menggunakan obat dengan frekuensi seperti yang diresepkan, farmasis seharusnya berbicara dengan pasien untuk menentukan alasan untuk tetap patuh dan mengatasi perbedaan. Selain itu, pasien seharusnya ditanya tentang efek merugikan yang biasa terjadi dan tentang tanda-tanda keracunan obat yang serius. Dalam suatu institusi, personel apotek memeriksa penyimpanan unit dosis dan MAR untuk memastikan bahwa staf perawatan memberikan obat pada jadwal yang sesuai.

Pemilihan Obat

Kepentingan dari membaca label produk pada saat memilih obat dan mengerjakan resep perlu ditekankan. Terlalu sering obat salah atau salah kekuatan dosis yang diserahkan. Kesalahan macam itu sering terjadi karena kegagalan membaca label dengan teliti. Selama penyiapan dan penyerahan obat, label seharusnya dibaca tiga kali: ketika produk dipilih, ketika obat disiapkan, dan ketika hanya sebagian obat yang digunakan dibuang (atau disimpan untuk cadangan) maupun penyiapan produk telah selesai. Bagaimanapun juga, pemilihan produk yang benar dari rak, laci, atau penyimpanan dapat disulitkan oleh banyak faktor. Pelabelan dan pengemasan yang serupa, begitu juga dengan nama yang terlihat serupa, adalah jebakan yang biasa terjadi dan menyebabkan kesalahan pengobatan (lihat Gambar 30-6 dan 30-7). Kesalahan penyimpanan ulang cukup umum terjadi dan dapat menyebabkan terulangnya kesalahan pengobatan sebelum terdeteksi.

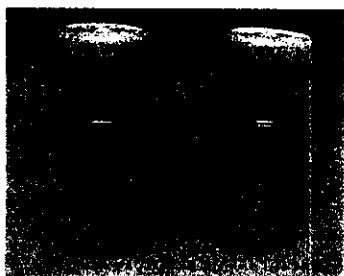
Mesin penyerahan otomatis telah menjadi umum pada unit perawatan di banyak rumah sakit. Perawat harus dapat memasukkan suatu kode keamanan dan sebuah kata sandi ke dalam alat penyerahan, bersama dengan nama pasien dan nama obat, sebelum mesin memperkenankan untuk mengeluarkan obat. Sistem ini memberikan kontrol yang lebih baik terhadap produk yang disimpan di unit perawatan dan memberikan pemeriksaan untuk perawat yang mendapatkan kembali obat tersebut. Satu fitur penting yang seharusnya dimasukkan ke dalam unit penyerahan ini adalah komunikasi *online* dengan sistem apotek yang memungkinkan seorang farmasis untuk memeriksa permintaan obat sebelum unit perawatan mendapatkan obatnya.

Alat penyerahan otomatis membuat beberapa situasi yang dapat secara mudah menghasilkan kesalahan. Walaupun mesin ini secara rutin distok ulang, obat yang salah masih dapat ditempatkan pada kotak yang salah selama proses ini. Sebelum akses, alat yang mempunyai banyak obat pada tiap laci dan/atau yang tidak memerlukan pemeriksaan farmasis pada permintaannya mempunyai kekurangan yang identik dengan kekurangan pada sistem *floor-stock* tradisional:

- Apotek dapat mengisi ulang sistem dengan obat-obatan yang salah.
- Perawat bisa mendapatkan kembali produk yang salah ataupun produk tambahan untuk digunakan pada pasien lain.
- Kurangnya pemeriksaan ganda dan skrining permintaan oleh farmasis menyebabkan terjadinya kesalahan peresepan, salah dosis, rute pemakaian yang salah, dan kesalahan klinik lain.

Istilah *bias konfirmasi* digunakan untuk menjelaskan fenomena bahwa ketika pemilihan *item*, orang melihat apa yang mereka cari, dan ketika mereka pikir telah menemukannya, mereka akan berhenti mencari lebih jauh lagi. Sering kali profesional kesehatan memilih kemasan obat berdasarkan gambaran mental produk itu. Anggota staf mungkin mencari beberapa karakteristik dari label obat, bentuk dan ukuran atau warna dari kemasan, atau lokasi produk di rak, dalam laci, atau dalam tempat penyimpanan daripada membaca nama obat itu. Sebagai akibatnya, mereka mungkin tidak menyadari bahwa mereka mengambil produk yang salah.

Sejumlah pendekatan dapat digunakan untuk meminimalkan peluang kesalahan seperti itu di apotek dan di mesin penyerahan otomatis. Pemisahan secara fisik obat dengan label dan kemasan yang terlihat serupa mengurangi potensi kesalahan. Beberapa apotek juga memisahkan obat dengan nama serupa dan kekuatan yang sama, khususnya yang dilabeli dan dikemas oleh pabrik yang sama. Sebagai contoh, tablet klorpromazin 100-mg dan klorpropamid 100-mg, keduanya berasal dari pengemas dosis-unit yang sama (lihat Gambar 30-8), mungkin menjadi problem. Begitu juga morfin 10 mg dan hydromorfon 10 mg. Strategi lain adalah dengan mengubah penampilan dari produk dengan nama yang serupa pada layar komputer, label dan rak penyimpanan apotek, dan label produk apotek dengan penyorotan (*highlighting*), melalui huruf cetakan tebal, warna, atau



Gambar 30-6. Pengemasan yang serupa mungkin menyebabkan kesalahan pengobatan

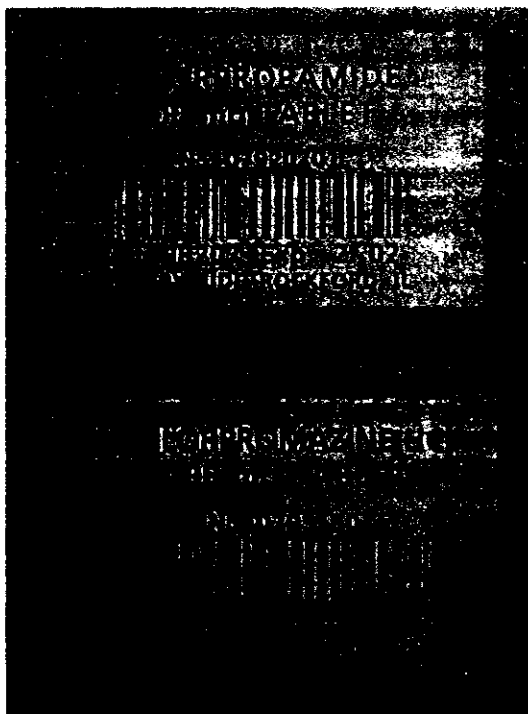


Gambar 30-7. Contoh yang lain dari pengemasan yang memungkinkan kesalahan pengobatan.

pemakaian huruf “*kapital*,” pada bagian nama yang berbeda (contoh, HydrOXIzine dan hydrALAzine). Kenyataannya, FDA Office of Generic Drugs meminta bahwa pabrik dari 16 produk obat dengan nama pasangan yang serupa secara sukarela mengubah penampilan nama yang sudah ada untuk meminimalkan kesalahan pengobatan yang terjadi karena kekacauan akibat penampakan yang serupa. Pabrik didorong untuk membedakan nama yang telah mereka buat secara visual dengan memakai huruf “*kapital*”. Contoh-contoh nama yang telah ada yang termasuk chlorproMAZINE dan chlorproPAMIDE, vinBLASTINE dan vinCRISTINE, dan NICARDipine dan NIFEdipine.

Perusahaan farmasi menyadari problem pelabelan dan pengemasan, dan banyak yang telah merespons saran-saran yang diberikan oleh teknisi dan farmasis. Profesional kesehatan dapat memperingatkan industri tentang kesalahan-kesalahan yang disebabkan oleh masalah pengemasan komersial dan pelabelan dengan menggunakan USP-ISMP Medication Error Reporting Program (MERP). Laporan diteruskan ke tiap perusahaan farmasi dan FDA, dan ISMP menyediakan tindak lanjut ketika diperlukan. Telepon 1-800-FAILSAFE, kunjungi website ISMP di www.ismp.org, atau lengkapi laporan USP-ISMP MERP (lihat Gambar 30-9). Seluruh laporan dirahasiakan.

Pada apotek institusi dan komunitas dengan beberapa anggota staf, setiap orang seharusnya memiliki masukan dalam memutuskan bagaimana dan di mana obat tersedia,




Gambar 30-8. Pelabelan serupa dari dua obat.

bagaimana dosis disiapkan, siapa yang bertanggung jawab menyiapkannya, penampilan dari kemasan penyimpanan, dan bagaimana mereka dilabelkan. Selain itu, anggota staf seharusnya didorong untuk menggunakan sebuah teknik yang dikenal dengan moda kegagalan dan analisis efek (*failure mode and effects analysis*, FMEA) untuk menguji pemakaian produk baru untuk menentukan titik-titik kegagalan yang potensial dan efek-efeknya *sebelum kesalahan aktual apapun terjadi*. Sehubungan dengan hal ini, FMEA berbeda dengan analisis akar-sebab (*root-cause analysis*, RCA). RCA adalah suatu proses reaktif, digunakan setelah kesalahan terjadi, untuk mengidentifikasi penyebab yang mendasarinya. Berlawanan dengan itu, FMEA adalah suatu proses proaktif yang digunakan secara hati-hati dan sistematis mengevaluasi area dan proses yang rentan terkena masalah. FMEA dapat digunakan sebelum pembelian dan implementasi produk baru untuk mengidentifikasi mode kegagalan potensial sehingga dapat dilakukan tahap-tahap untuk menghindari kesalahan sebelum terjadi (ISMP, 2001a, 2001b). Prosedur untuk memastikan keamanan pemakaian obat harus ditulis, dan pentingnya kepatuhan pada pedoman harus dibagikan kepada semua personel apotek, medis, dan perawatan yang terlibat.

Pemilihan Label Pembantu

Untuk membantu mencegah kesalahan dan memperbaiki luaran pasien, farmasis dan teknisi seharusnya menggunakan label penolong pada keadaan tertentu, khususnya dalam lingkungan komunitas. Sebagai contoh, suspensi oral amoksisilin tersedia dalam botol penetes untuk pemakaian pediatrik. Ketika suspensi digunakan untuk kondisi infeksi telinga, beberapa orang tua telah diketahui menempatkan suspensi tersebut pada telinga anak daripada memberikannya dengan tepat (secara oral). Sebuah label pembantu, “Hanya untuk pemakaian oral,” akan membantu untuk mencegah kesalahan pemberian ini. Bagaimanapun juga, praktik ini dapat saja tidak aman jika pasien itu tidak dapat memahami peringatan tersebut. Sebuah penelitian yang terbit di the American Journal of Health-System Pharmacy menunjukkan bahwa terdapat tingkat kesalahpahaman yang tinggi terhadap label penolong pada orang dewasa dengan kemampuan baca rendah, tingkat membaca sama dengan atau di bawah kelas enam (Wolf et al., 2006). Nilai dari interpretasi yang benar dari label-label ini berkisar antara 0 sampai 78,7 persen. Dengan pengecualian dari label “Gunakan bersama makanan,” kurang dari setengah jumlah seluruh pasien yang dapat memberikan interpretasi yang cukup dari peringatan pesan label itu. Pada kenyataannya, tidak seorang pun dapat secara benar menginterpretasikan label, ‘Jangan mengonsumsi produk susu, antacid, atau preparat besi dalam 1 jama dari pengobatan ini.’ Penelitian-penelitian juga

	USP MEDICATION ERRORS REPORTING PROGRAM Presented in cooperation with the Institute for Safe Medication Practices <small>INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES</small>	
	Reporters should not provide any individually identifiable health information, including names of practitioners, names of patients, names of healthcare facilities, or dates of birth (age is acceptable).	
	Date and time of event: _____	
	Please describe the error. Include description/sequence of events, type of staff involved, and work environment (e.g., code situation, change of shift, short staffing, no 24-hr. pharmacy, floor stock). If more space is needed, please attach a separate page.	
Did the error reach the patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was the incorrect medication, dose, or dosage form administered to or taken by the patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Choose the appropriate Error Outcome Category (select one—see back for details): A B C D E F G H I Describe the direct result of the error on the patient (e.g., death, type of harm, additional patient monitoring). Indicate the possible error cause(s) and contributing factor(s) (e.g., abbreviation, similar names, distractions, etc.): _____ Indicate the location of the error (e.g., hospital, outpatient or community pharmacy, clinic, nursing home, patient's home, etc.): _____ What type of staff or healthcare practitioner made the initial error? _____ Indicate if other practitioners were also involved in the error (type of staff perpetuating error): _____ What type of staff or healthcare practitioner discovered the error or recognized the potential for error? _____ How was the error (or potential for error) discovered/intercepted? _____ If available, provide patient age, gender, diagnosis. Do not provide any patient identifiers. _____		
Please complete the following for the product(s) involved. (If more space is needed for additional products, please attach a separate page.)		
	Product #1	Product #2
Brand/Product Name (if applicable)	_____	_____
Generic Name	_____	_____
Manufacturer	_____	_____
Labeler	_____	_____
Dosage Form	_____	_____
Strength/Concentration	_____	_____
Type and Size of Container	_____	_____
Reports are most useful when relevant materials such as product label, copy of prescription/order, etc., can be reviewed. Can these materials be provided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please specify _____		
Suggest any recommendations to prevent recurrence of this error, or describe policies or procedures you instituted or plan to institute to prevent future similar errors. _____		
Name and Title/Profession		Telephone Number
Facility/Address and Zip		Fax Number
Email		
Address/Zip (where correspondence should be sent)		
Your name, contact information, and a copy of this report are routinely shared with the Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Copies of reports will be sent to third parties such as the manufacturer/labeler, and to the Food and Drug Administration (FDA). You have the option of including your name on these copies. In addition to releasing my name and contact information to ISMP, USP may release my identity to these third parties as follows (check boxes that apply): <input type="checkbox"/> The manufacturer and/or labeler as listed above <input type="checkbox"/> FDA <input type="checkbox"/> Other persons requesting a copy of this report <input type="checkbox"/> Anonymous to all third parties		
Signature		Date
Return to:	Submit via the Web at www.usp.org or Call Toll Free: 800-23-ERRDR (800-233-7767) or FAX: 301-816-8532	Date Received by USP
12601 Twinbrook Parkway Rockville, MD 20852-1750		File Access Number

201106

©USP 2008

Gambar 30-9. Blangko formulir yang digunakan dalam pelaporan kesalahan pengobatan atau problem kepada ESP/ISMP Medication Reporting Program

telah menunjukkan bahwa kombinasi deskripsi verbal dari peringatan dengan simbol visual memperbaiki pemahaman secara keseluruhan dari peringatan (Lesch, 2003).

■ SEDIAAN CAMPURAN STERIL

Dalam penyiapan cairan untuk pemberian injeksi, potensi kesalahan meningkat untuk beberapa sebab. Pertama, kondisi pasien seringkali lebih lemah ketika mereka memerlukan obat intravena sehingga efek obat yang digunakan tersebut lebih dramatis terhadap fungsi dan fisiologis badan. Lebih jauh lagi, larutan injeksi pada umumnya jernih, tanpa warna, larutan berbasis air yang terlihat serupa, tanpa memperhatikan obat apa dan seberapa banyak kandungan sebenarnya di dalam cairan. Oleh karena itu, dalam lingkup penyiapan campuran steril tersebut, peluang salah perhitungan dosis atau kesalahan pengukuran harus diminimalkan dengan sistem yang didesain dengan prosedur yang memerlukan pemeriksaan dua kali yang independen oleh dua anggota staf. Pemeriksaan dua kali yang independen ini mungkin diperlukan pada beberapa apotek untuk semua perhitungan atau pengukuran, sedangkan apotek lain mungkin memerlukan hanya untuk perhitungan pada kategori yang khusus, seperti perhitungan dosis racikan campuran untuk anak-anak di bawah umur 12 tahun, infus obat perawatan kritis memerlukan suatu dosis dalam mikrogram per kilogram per menit, infus insulin, kemoterapi, dan analgesik pasien yang terkontrol. Kalkulator dan program komputer mungkin memperbaiki akurasi, tetapi keduanya tidak mengeliminasi kebutuhan untuk orang kedua memeriksa perhitungan itu dan konsentrasi larutan yang digunakan.

Cara penting lainnya untuk meminimalkan kesalahan perhitungan adalah dengan menghindari kebutuhan untuk perhitungan. Hal ini dapat diselesaikan dengan menggunakan sistem dosis-unit secara eksklusif seperti sebagai berikut:

- Pemakaian sistem dosis-unit yang tersedia secara komersial seperti produk premiks parenteral perawatan kritis.
- Pembuatan standar dosis dan konsentrasi, khususnya obat-obat perawatan kritis seperti heparin, insulin, dobutamin, dopamin, dan morfin.

Langkah yang sama dapat dilakukan pada apotek komunitas yang menyediakan campuran steril untuk klinik dokter, program perawatan rumah dan pasien, fasilitas perawatan jangka panjang, dan klien lainnya.

Pemakaian grafik dosis standar pada unit perawatan dalam institusi serta formulasi standar pada apotek meminimalkan peluang kesalahan dan membuat perhitungan lebih mudah. Sebagai contoh, pada unit perawatan kritis, dokter perlu meminta hanya sejumlah obat yang mereka ingin infuskan dan membuat daftar beberapa parameter titrasi. Tidak

seorang pun harus melakukan perhitungan karena grafik dosis dapat siap tersedia untuk pemilihan kecepatan alir yang sesuai dengan berat pasien (dalam kilogram) dan dosis yang diminta.

Konsentrasi standar untuk formulasi yang sering disiapkan seharusnya dicatat dan siap dipakai untuk referensi di area penyiapan campuran di apotek. Tentu saja, semua perhitungan harus diperiksa dua kali dan didokumentasikan oleh farmasis. Pelarut dan juga bahan aktif harus diperiksa. Wadah penyimpanan dari tiap-tiap bahan tambahan dengan spuit yang menyertainya seharusnya disertakan dalam permintaan agar terlihat pada label wadah untuk memudahkan prosedur pemeriksaan. Tepi terakhir dari piston pengisap seharusnya diluruskan dengan tanda kalibrasi pada tabung spuit, menunjukkan jumlah yang digunakan.

Di banyak rumah sakit dan apotek yang menyiapkan infusi untuk di rumah (*home infusion*), alat peracik otomatis digunakan untuk mencampur baik volume besar maupun kecil sediaan parenteral. Alat yang otomatis telah diketahui seringkali gagal. Selain itu, kecelakaan dapat terjadi ketika larutan ditempatkan pada saluran bahan tambahan yang salah. Hal ini dapat menghasilkan kesalahan pengobatan yang serius. Karena itu, penting bahwa apotek mempunyai program pemastian kualitas yang terus-menerus untuk pemakaian alat penyiapan yang otomatis. Program ini seharusnya memasukkan pemeriksaan dua kali dan dokumentasi penempatan larutan dalam alat peracik, penimbangan akhir atau uji refraktometer dari larutan untuk memastikan bahwa telah dibuat konsentrasi yang sesuai, dan pencuplikan yang terus-menerus dari konsentrasi elektrolit. Farmasis yang menyiapkan larutan parenteral yang khusus dalam *batches* (contoh, larutan berbasis nutrisi parenteral atau larutan kardioplegik) seharusnya mempunyai prosedur pemastian kualitas tambahan pada tempatnya, termasuk uji sterilitas dan karantina sampai dengan konfirmasi.

■ KONSELING DAN EDUKASI PASIEN

Pasien adalah individu yang terakhir pada proses pemakaian obat. Hubungan antara farmasis-pasien dapat memainkan suatu peranan yang signifikan dalam mendeteksi kesalahan pengobatan sebelum terjadi. Sayangnya, banyak organisasi perawatan kesehatan tidak mengambil manfaat dari interaksi kunci ini. Tiga faktor penting memainkan peranan dalam hubungan dengan pasien dan sering kali menentukan luaran dari usaha pencegahan kesalahan. Hal ini termasuk edukasi pasien secara langsung, literasi perawatan kesehatan, dan kepatuhan pasien.

Pada tahun 2001, jumlah resep ritel adalah 3,3 miliar, yang merupakan suatu kenaikan dibandingkan 2,7 miliar pada tahun 2000. Sampai dengan tahun 2005, resep ritel mendekati 3,4 miliar resep (NACDS, 2007). Kenaikan

dalam volume resep ini, ketika dikombinasikan dengan kekurangan jumlah farmasis, sering menghasilkan penurunan jumlah waktu yang tersedia untuk keterlibatan langsung farmasis dalam edukasi pasien. Suatu penelitian tahun 1999 memasuki apotek-apotek komunitas dari delapan negara bagian mengungkapkan bahwa 87 persen dari seluruh pasien menerima informasi tertulis bersama dengan resep mereka. Akan tetapi, hanya 35 persen farmasis membuat beberapa referensi pada selebaran tertulis, dan hanya 8 persen yang benar-benar mengulasnya bersama dengan pasien (Svarstad, 2000). Hal yang berkontribusi pada "jurang" dalam edukasi pasien ini adalah kegagalan untuk memberikan instruksi tertulis yang dapat dimengerti pasien.

Faktor kedua adalah literasi pasien, yang termasuk tingkat kemampuan membaca bidang umum dan kemampuan membaca bidang perawatan kesehatan. Banyak orang memiliki kesulitan dalam memahami sakit atau penyakit mereka, manajemen penyakit yang benar, dan peran mereka dalam menjaga kesehatan mereka. Karena keterbatasan pengetahuan, faktor sosioekonomi, keadaan klinis dan emosional, atau latar belakang budaya, tingkat literasi kesehatan pasien (yaitu, kemampuan membaca, mengerti, dan bertindak pada informasi perawatan kesehatan) sering kali lebih rendah dari pada yang diharapkan penyedia perawatan kesehatan. Contoh pasien yang memiliki kesulitan membaca dan memahami aturan pengobatan sangat banyak menurut laporan *kesalahan pengobatan* yang dimasukkan ke USP/ISMP Medication Error Reporting Program, sebagai contoh, seorang pasien tua yang tidak tahu perbedaan antara botol Coumadin (warfarin) dan Celebrex (celecoxib), seorang ibu yang tidak dapat secara akurat menyatakan dosis untuk anaknya setelah membaca label pada botol asetaminofen, dan seorang remaja yang salah memahami aturan pakai untuk jeli kontrasepsi dan memakannya dengan roti panggang setiap pagi untuk mencegah kehamilan.

Menurut laporan yang diterbitkan oleh American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy, lebih dari 40 persen pasien dengan penyakit kronis secara fungsional buta huruf, dan hampir seperempat dari orang dewasa Amerika membaca seperti atau di bawah anak kelas lima. Sayangnya, selebaran informasi medis secara khas ditulis seperti atau di atas tingkat membaca kelas sepuluh. Diperkirakan bahwa keahlian literasi kesehatan rendah telah menaikkan biaya perawatan kesehatan tahunan kita sampai \$73 milyar. Kontribusi yang lebih jauh untuk dilema tersebut adalah kenyataan bahwa diperkirakan tiga perempat pasien membuang selebaran obat yang ditempelkan pada kemasan resep tanpa membacanya, dan hanya setengah dari seluruh pasien menggunakan obat mereka sesuai yang diarahkan (AMA, 1999).

Satu alasan terjadinya kekurangpahaman ini mungkin karena orang-orang yang memiliki kesulitan membaca atau

memahami informasi kesehatan terlalu malu atau malu untuk mengakui kekurangan mereka. Akibatnya, mereka menolak untuk menanyakan pertanyaan dan sering berpura-pura memahami aturan pakainya. Selain itu, kemampuan baca yang rendah tidak diketahui dengan jelas. Peneliti telah melaporkan keterampilan membaca rendah pada beberapa dari sebagian besar pasien yang tenang dan pandai mengutarakan pikiran (ISMP, 2001a).

Kepatuhan adalah faktor ketiga yang berhubungan dengan pasien yang berkontribusi terhadap kesalahan pengobatan. Satu penelitian menemukan 76 persen perbedaan antara obat-obat pasien yang sesungguhnya digunakan ketika dibandingkan dengan obat-obat yang terdapat dalam catatan pasien tersebut sebagai resep. Dua faktor yang berkontribusi pada nilai ketidaksesuaian yang ini termasuk kebingungan yang terjadi pada umur yang telah lanjut dan kenaikan pada jumlah obat yang diresepkan (Bedell et al., 2000). Penelitian yang lain menunjukkan bahwa ketidakpatuhan pasien berperan pada 33 persen pasien yang masuk rumah sakit. (McDonnell, Jacobs, and McDonnell, 2002).

Ketidakpatuhan mungkin ditunjukkan oleh pasien dalam berbagai cara, seperti tidak menebus resep awal atau resep iter, kelalaian dosis (tidak minum obat pada waktunya), menggunakan dosis yang salah, menghentikan pengobatan tanpa anjuran dokter, menggunakan obat secara tidak benar atau pada waktu yang salah, menggunakan obat orang lain, dan ketidakmampuan finansial untuk membeli obat mereka. Pasien yang berisiko menjadi tidak patuh termasuk mereka yang menggunakan lebih dari satu obat, mereka dengan kondisi kronis yang menggunakan obat-obat dengan aturan pakai kompleks yang mungkin menghasilkan efek samping yang mengganggu, mereka yang menggunakan obat lebih dari sekali setiap hari, dan mereka yang mempunyai kondisi yang menghasilkan gejala atau kerusakan fisik yang tidak jelas seperti hipertensi atau diabetes (NCPIE, 2002). Tambahan lagi, pasien tua lebih berisiko memiliki faktor-faktor seperti penurunan ketajaman mental dan peningkatan kebingungan, kurangnya dukungan dari keluarga atau pemberi perawatan, penurunan koordinasi dan keterampilan, serta pengurangan penglihatan (Lombardi dan Kennicutt, 2001). Manajer apotek harus mempertimbangkan faktor-faktor ini dalam mengembangkan dan menyediakan peralatan atau metodologi edukasi pasien.

■ PENCEGAHAN KESALAHAN PENGOBATAN YANG EFEKTIF MELALUI SISTEM PELAPORAN DAN PEMANTAUAN

Seluruh prosedur penyerahan obat seharusnya diperiksa secara rutin, dan penyebab dari gangguan sistem harus ditemukan

sehingga dapat dirancang tindakan pencegahan. Staf apotek perlu berkomunikasi secara jelas dengan manajer apa yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan dengan benar berkenaan dengan personel, program pelatihan, perancangan fasilitas, alat, prosedur dan suplai obat, sistem komputer, dan program pemastian kualitas. Selain itu, pengurangan kesalahan pengobatan memerlukan sistem yang efektif, lingkungan yang tidak menghukum, dan sistem pelaporan kesalahan pengobatan yang sukarela.

Sekarang ini, banyak apotek memiliki pendekatan yang tidak efektif untuk mengurangi kesalahan. Penyelidikan yang terjadi selama proses pelaporan kesalahan cenderung memusatkan perhatian mereka pada awal dan akhir atau akhir dari kesalahan seperti praktisi yang ada di garis depan (contoh, teknisi yang menyiapkan resep atau farmasis yang menyerahkan obat). Sifat manusia cenderung untuk menyalahkan kalau praktisi di garis depan ini terlibat dalam kesalahan pengobatan. Ini lebih mudah dan sudah sifat alami kita untuk menyalahkan individual dan berusaha mengambil jalan yang biasa dilakukan: tindakan disiplin, edukasi remedial individual, menempatkan informasi kesalahan pada berkas personel, atau mengembangkan aturan baru. Meskipun tindakan-tindakan ini mungkin tidak terlihat seperti menghukum, bentuk-bentuk dari teguran ini menyebabkan kesalahan yang dilaporkan lebih rendah daripada kenyataannya. Faktanya, hukuman pada individual untuk kesalahan-kesalahan sebenarnya dapat membahayakan organisasi. Hal ini mencegah diskusi terbuka tentang kesalahan, menciptakan sikap pembelaan dan reaktif, menghalangi kehati-hatian dan pertimbangan tidak bias dari sistem berbasis akar penyebab kesalahan. Apotek dilemahkan lebih lanjut dengan tindakan hukuman, khususnya jika seluruh tanggung jawab untuk praktik pengobatan yang aman hanya terletak pada individual saja bukan pada sistem yang kuat yang membuat praktisi sulit untuk melakukan kesalahan. Tujuan dari keamanan pasien akan dengan sangat baik dilakukan dengan lingkungan yang tidak menghukum yang menempatkan nilai lebih pada pelaporan masalah sehingga dapat diperbaiki daripada mengikuti cara yang tidak menguntungkan dengan mendisiplinkan pegawai terhadap kesalahan. Suatu program pelaporan sukarela dan rahasia memberikan kesempatan farmasis dan teknisi apotek untuk menyatakan cerita yang lengkap tanpa takut terhadap ancaman ganti rugi. Kedalaman dari informasi yang dikandung dalam cerita ini adalah penting untuk mengerti kesalahan tersebut. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi kekurangan sistem yang dapat dikoreksi untuk mencegah kesalahan di masa datang. Bagaimanapun juga, kesuksesan dan perbaikan terus-menerus dari proses yang cenderung salah tidak dapat terjadi jika hanya ada sedikit informasi yang tersedia tentang faktor yang berkontribusi terhadap suatu kesalahan.

Banyak faktor organisasional yang mencegah pelaporan kesalahan pengobatan. Contohnya termasuk definisi yang tidak konsisten dari kesalahan pengobatan, pendekatan hukuman pada tiap kesalahan pengobatan, sistem pelaporan yang diperintahkan, kegagalan untuk memperbaiki sistem pengobatan atau menangani problem yang dilaporkan, kekurangan umpan balik untuk staf melebihi perhatian pada jumlah kesalahan pengobatan, proses pelaporan yang kompleks, sebuah persepsi bahwa pelaporan adalah prioritas yang rendah, perhatian untuk liabilitas personal, dan kebutuhan manajer apotek untuk melihat ke dalam ketika menilai kesalahan. Praktisi yang dipaksa untuk melaporkan kesalahan dalam suatu sistem pelaporan yang diperintahkan cenderung kurang menyediakan informasi mendalam ini karena motivasi mereka mungkin mengikuti persyaratan, tidak karena untuk membantu yang lain menghindari tragedi yang sama. Lebih jauh lagi, program sukarela mendorong praktisi untuk melaporkan situasi dan kesalahan yang berbahaya yang memiliki potensi untuk menyebabkan bahaya serius pada pasien. Penting untuk dipahami oleh setiap orang bahwa pada sistem pelaporan rahasia, kesalahan akan tidak dihubungkan dengan penilaian kinerja. Banyak organisasi apotek melakukan rapat reguler untuk menangani kesalahan pengobatan. Hasil dari rapat-rapat ini sering tidak dibagi dengan staf garis depan sehingga memberikan kesan "tidak ada yang dilakukan" ketika kesalahan-kesalahan dilaporkan. Selain itu, praktisi-praktisi yang sibuk cenderung menghindari pelaporan kesalahan karena sifat tidak praktisnya formulir dan proses pelaporan dari organisasi mereka. Penting untuk membuat pelaporan kesalahan menjadi lebih mudah, penghargaan pada pelaporan kesalahan, dan menyediakan umpan balik yang tepat waktu untuk memperlihatkan langkah apa yang sedang dilakukan untuk mengatasi masalah. Penting juga untuk secara konsisten menerapkan pendekatan non-hukuman terhadap kesalahan. Jika seseorang didisiplinkan untuk suatu kesalahan, kesalahan akan disembunyikan. Pengawai seharusnya tidak dievaluasi berdasarkan pada kesalahan atau kekurangan karena kesalahan, tetapi pada tindakan positif yang mengevaluasi keseluruhan kontribusi pegawai pada organisasi. Dilengkapi dengan alat-alat evaluasi itu, farmasis dapat menjadi waspada terhadap kekurangan-kekurangan organisasi mereka dan membuat perubahan perbaikan-kinerja. Tanpa alat-alat itu, kita hanya mengatasi kesalahan ketika berada di permukaan bukan pada akar penyebabnya.

Agar berhasil, upaya pengurangan-kesalahan pengobatan harus menghasilkan perbaikan sistem yang diidentifikasi melalui analisis bercabang-empat (*four-pronged analysis*) dari kesalahan-kesalahan. Dua cabang yang pertama bersifat reaktif, termasuk analisis kesalahan spesifik-organisasi yang menyebabkan tingkat agak membahayakan bagi pasien dan analisis data sekumpulan kesalahan pengobatan (misalnya,

kecenderungan berdasarkan obat-obatan atau lokasi obat-obatan yang terlibat dalam kesalahan). Sama pentingnya, dua cabang lain bersifat proaktif, termasuk analisis "nyaris meleset" (kesalahan yang berpotensi menimbulkan kerugian pasien) dan analisis kesalahan yang telah terjadi di organisasi lain. Setiap cabang berisi informasi berharga tentang kelemahan dalam sistem itu, secara kolektif, dapat mengakibatkan strategi pengurangan kesalahan yang efektif. Akan tetapi, banyak organisasi berfokus terutama pada dua cabang pertama analisis dan tindakan kesalahan. Sering kali upaya proaktif tidak mendapat prioritas utama. Akibatnya, organisasi mungkin sibuk "memadamkan api" daripada mencegah kesalahan terjadi. Sesuatu yang hampir meleset seharusnya menjadi bukti jelas bahwa peristiwa yang tragis bisa saja terjadi. Sayangnya, terlalu sering imbauan agar waspada ini tidak didengar. Sedikit perhatian difokuskan pada analisis mendalam tentang kesalahan itu, untungnya, tidak benar-benar menyebabkan pasien dalam bahaya, terutama jika organisasi mengidentifikasi kesalahan yang memerlukan analisis tingkat keparahan berdasarkan luaran pasien yang sebenarnya. Misalnya, overdosis serius yang terdeteksi sebelum pemberian obat tidak boleh diberikan prioritas dan analisis yang sama seperti kesalahan serupa yang benar-benar terjadi dan mungkin membahayakan pasien. Lebih buruk lagi, beberapa organisasi gagal menggunakan kesalahan yang telah terjadi di tempat lain sebagai peta jalan untuk perbaikan dalam organisasi mereka sendiri. Staf akan lebih nyaman membahas kesalahan eksternal yang serius daripada yang telah terjadi di dalam organisasi sendiri. Karena menyalahkan tidaklah menjadi masalah, sikap defensif dan hambatan lain untuk diskusi yang efektif tidak akan muncul. Staf dapat mengidentifikasi kemungkinan penyebab kesalahan berbasis sistem dengan lebih mudah dan kemungkinan kesalahan serupa dalam departemen mereka serta membuat saran-saran untuk perbaikan. Ketika perbaikan dibuat, antusiasme yang terbangun untuk mengidentifikasi, melaporkan, dan menganalisis kesalahan yang sebenarnya terjadi dalam organisasi. Pada akhirnya, pembahasan tentang kesalahan eksternal mengarah pada analisis yang lebih efektif dari kesalahan internal.

Program pendidikan multidisiplin seharusnya dikembangkan untuk tenaga perawatan kesehatan mengenai pencegahan kesalahan pengobatan. Karena banyak kesalahan terjadi ketika prosedur tidak diikuti, ini adalah satu area yang difokuskan melalui laporan berkala dan pelatihan saat tugas. Penting bagi staf apotek untuk tidak hanya berfokus pada kesalahan internal mereka sendiri, tetapi juga untuk melihat kesalahan dan metode pencegahan apotek lain serta belajar dari mereka. Organisasi seperti ISMP, USP, dan banyak organisasi lain menyediakan fitur berkelanjutan untuk memfasilitasi tinjauan ini di publikasi seperti *Hospital Pharmacy*, *Pharmacy Today*,

U.S. Pharmacist dan *Pharmacy and Therapeutics* atau laporan berkala yang melaporkan masalah-masalah keamanan obat saat ini dan menawarkan rekomendasi untuk perubahan.

■ KESIMPULAN

Farmasis memainkan peran kunci dalam proses penggunaan obat dalam keseluruhan organisasi perawatan kesehatan manapun. Farmasis dan anggota lain dari departemen farmasi harus mengawali upaya multidisiplin untuk mengetahui di mana kesalahan timbul dalam proses ini. Manajer apotek seharusnya mendorong staf mereka untuk bekerja sama dalam merancang program-program jaminan kualitas untuk mendapatkan informasi yang membantu dalam menetapkan prioritas dan membuat perubahan. Sebagai contoh, ulasan bersama tentang akurasi alat pengisian unit-dosis adalah sangat membantu dalam mendeteksi alasan hilangnya atau tidak akuratnya dosis obat dan merubah sistem penyerahan yang sesuai. Program dapat dibuat untuk memantau keakuratan pemasukan data ke dalam komputer apotek. Upaya penjaminan kualitas yang mencakup tinjauan laporan kesalahan pengobatan, membantu untuk mengembangkan pemahaman yang lebih baik mengenai jenis-jenis kerusakan sistemik atau perilaku yang dialami sehingga koreksi yang diperlukan dapat diidentifikasi. Masalah kesalahan pengobatan tidak akan pernah dapat dihilangkan sepenuhnya, tetapi manajer apotek yang bekerja sama dengan staf dan penyedia layanan kesehatan lainnya, dapat menggunakan keahlian mereka untuk mengatasi isu-isu keselamatan dan dengan demikian menjamin luaran terbaik dalam lingkungan yang seaman mungkin.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apakah Anda telah menyaksikan atau terlibat dalam kesalahan pengobatan, dan apa tindakan yang Anda ambil untuk mencegah kesalahan masa depan?
2. Apakah Anda memberikan konseling seorang pasien yang Anda tahu tidak mengerti petunjuk dari dokternya? Langkah apa yang Anda ambil untuk memastikan bahwa pasien dengan saksama mengetahui obatnya, aturan pakai, dan indikasi penggunaannya?
3. Akankah Anda memasukkan strategi pencegahan kesalahan pengobatan dalam proses orientasi karyawan baru dan pendidikan berkelanjutan bagi staf apotek?
4. Apakah Anda berpikir bahwa Anda akan melaporkan kesalahan pengobatan baik secara internal dalam organisasi Anda maupun eksternal kepada agen pelaporan seperti ISMP atau FDA? Apakah Anda pikir ini akan membuat perbedaan dalam lingkup praktik apotek Anda?

REFERENSI

- Allan EL, Barker KN. 1990. Fundamentals of medication error research. *Am J Hosp Pharm* 47:555.
- Allan EL, Barker KN, Carnahan BJ. 2003. National observational study of prescription dispensing accuracy and safety in 50 pharmacies. *J Am Pharm Assoc* 43: 191.
- American Medical Association (AMA), Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. 1999. Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA* 281:552.
- Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, et al. 2000. Discrepancies in the use of medications: Their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med* 160: 2129.
- Cohen MR (ed). 1999. *Medication Errors*, hlm. 20.4. Washington, DC: American Pharmaceutical Association.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). 1998. *ISMP Medication Safety Alert!* hlm. 3. Washington, DC: ISMP.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). 2001a. *ISMP Medication Safety Alert!* hlm. 6. Washington, DC: ISMP.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). 2001b. *ISMP Medication Safety Alert!* hlm. 6. Washington, DC: ISMP.
- Institute for Safe Medication Practices (ISMP). 2003. www.ismp.org/MSAarticles/specialissuetable.html; diakses pada 30 April, 2003.
- Institute of Medicine (IOM). 2007. www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=11623; diakses pada 10 Juni, 2007.
- The Joint Commission (TJC). 2003. www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/npsg/npsg03.htm; diakses pada 30 April, 2003.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). 1999. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine Report, 29 November; tersedia di http://bob.nap.edu/html/to_err_is_human/; diakses pada 18 Maret, 2003.
- Lesch, MF. 2003. Comprehension and memory for warning symbols: Age-related differences and impact of training. *J Saf Res* 34:495.
- Lombardi TP, Kennicutt JD. 2001. Promotion of a Safe Medication Environment: Focus on the Elderly and Residents of Long-Term Care Facilities. Tersedia di www.medscape.com/; diakses pada 14 Mei, 2001.
- McDonnell PJ, Jacobs MR, McDonnell PJ. 2002. *Pharmacotherapy* 36:1331.
- National Association of Chain Drug Stores. 2007. www.nacds.org/user-assets/pdfs/facts_resources/2005/Prescriptions2005.pdf; diakses pada 10 Juni, 2007.
- National Council on Patient Information and Education. 2002. www.talkaboutrx.org/compliance.html; diakses pada 30 Oktober, 2002.
- Reason J. 1990. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 327.
- Svarstad B. 2000. FDA-Commissioned Research, University of Wisconsin-Madison. Ditampilkan Februari 2000, Rockville, MD, dan Juni 2000, Kuopio, Finland.
- Wolf MS, Davis TC, et al. 2006. Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *Am J Health-Syst Pharm* 63:1048.

BAGIAN 8

ANALISIS DAN PENYIMPULAN
HASIL PENELITIAN

KEWIRAUSAHAAN

Bradley Tice

Tentang Penulis: Dr. Tice adalah Chief Clinical Officer di PharmMD Solutions, LLC. PharmMD adalah perusahaan pengantaran penatalaksanaan terapi obat tahap awal yang berlokasi di Nashville, Tennessee. Beliau mendapat gelar B.S dan Pharm.D dari University of Kansas. Sebelum posisinya saat ini, Dr. Tice adalah seorang Associate Professor di Drake University College of Pharmacy & Health Sciences. Pekerjaannya berfokus terutama pada pengembangan, implementasi, dan evaluasi layanan farmasi inovatif dan telah berkembang ke dunia kewirausahaan. Dr. Tice menghadiri Experiential Classroom for Entrepreneurship Educators di Syracuse University dan Executive Management Program for Pharmacy Leaders di Wharton School of Business dan merupakan seorang pemimpin dalam pengembangan DELTA Rx Institute di Drake University. Dr. Tice menetapkan dan memperkenalkan konsep *kepemimpinan kewirausahaan* di apotek melalui presentasi dan publikasi yang menyertai serta mendapat penghargaan Alfred B. Prescott Leadership Award pada tahun 2005. Beliau adalah pendukung integrasi prinsip-prinsip kewirausahaan dalam pendidikan farmasi. Beliau juga telah mengembangkan sebuah produk piranti lunak yang dapat digunakan oleh farmasis untuk memberikan dan mendokumentasikan layanan. Ia kemudian mendirikan sebuah perusahaan, RXIntervention, LLC. Beliau juga telah bekerja di banyak komite dan menduduki posisi-posisi kunci di Iowa Pharmacy Association, American Pharmacists Association, dan American Association of Colleges of Pharmacy.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mendefinisikan mengenai *kewirausahaan*.
2. Mendiskusikan karakteristik dan tipe wirausahawan.
3. Mendiskusikan keterterapan prinsip-prinsip kewirausahaan dalam profesi farmasi.
4. Mengingat adanya "konsep peluang", mengaplikasikan proses kewirausahaan untuk mengevaluasi, mengejar, melaksanakan, dan menuai hasil usaha.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apakah tiga karakteristik umum wirausahawan?
2. Sebutkan empat tipe kepribadian wirausahawan, manakah yang paling sesuai dengan Anda, dan jelaskan mengapa Anda mengidentifikasi diri Anda sebagai orang yang memiliki karakter demikian?

3. Mengapa pemahaman dan penerapan “proses” kewirausahaan merupakan komponen yang penting dalam pendirian kewirausahaan sebagai ilmu pengetahuan itu sendiri?
4. Mengapa wirausahawan harus mampu mengomunikasikan konsep bisnis secara jelas dan singkat?

■ SKENARIO

Farmasis John Adam bekerja pada apotek jaringan di sebuah kota besar dengan populasi penduduk lebih dari 1 juta orang. Dia telah lulus sekolah beberapa tahun lalu dan bekerja di posisi tersebut sebagai staf farmasis dan manajer apotek. Tahun lalu, dia mulai memfokuskan pelayanannya pada pasien diabetes. Dia membuat program diabetes lengkap di dalam layanannya, yang mencakup kelas pemantauan glukosa darah, penatalaksanaan hari-sakit, pemberian insulin, perencanaan makanan, dan makanan sehat untuk pasien diabetes, serta tinjauan umum tentang diabetes. Dia juga menyediakan konseling pribadi perorangan yang ditawarkannya di daerah itu. Ketika menjalankan rangkaian sesi-sesi tersebut, John menemukan bahwa masalah yang sering dialami oleh pasien adalah darah mereka tidak cukup untuk melakukan pengukuran ketika jari pasien ditusuk untuk mengecek gula darah mereka. Selain itu, pasien sering kali merasa proses pemeriksaan ini menyakitkan dan tidak melakukan pemeriksaan sebanyak yang diharuskan bagi mereka. Suatu hari, John menciptakan suatu alat yang sangat efektif untuk mendapatkan sampel darah yang diperlukan dari pasien dan hampir tanpa rasa sakit. Alat itu menjadi sangat populer di antara pasien John, dan dia mulai mendapatkan referensi untuk alatnya itu.

Meskipun gaji farmasis yang tinggi awalnya begitu menarik bagi John, dia sekarang mulai merasa lebih yakin dengan kemampuannya serta menginginkan suatu tantangan dan peluang baru. Dia bertanya-tanya apakah alat lanset yang diciptakannya ini akan sangat berharga. Dia tidak mengambil kelas bisnis di sekolah farmasi. Ketika dia bertumbuh besar, ayahnya menjalankan toko perangkat keras di kota kecil mereka. Jadi, dia pernah sedikit memiliki pengalaman menjalankan bisnis. Dia berpikir mungkin ayahnya tertarik untuk membantu dirinya. John telah membangun sejumlah hubungan dengan para wirausahawan ketika dia terlibat di komunitas dan berpikir mungkin dia dapat memperoleh saran dari mereka juga.

Beberapa pertanyaan yang muncul di benak John adalah sebagai berikut.

- Haruskah dia mencoba mengembangkan idenya ini menjadi sebuah produk?
- Jika ia melakukannya, haruskah dia melakukannya bersama dengan perusahaannya saat ini atau membuat perusahaan sendiri?

- Jika dia memilih untuk membuka perusahaannya sendiri, apakah dia harus berhenti dari pekerjaannya saat ini?
- Berapa banyak uang yang dia butuhkan dan apakah dia benar-benar siap untuk menginvestasikan uangnya untuk ide ini?

■ LATAR BELAKANG

Kewirausahaan merupakan komponen yang sudah ada sejak lama di dalam profesi farmasi jika kita mengingat awal mula toko obat pojok. Coca-cola (Coca-Cola, 2007) dan Dr. Pepper (Dr. Pepper, 2007) adalah dua contoh produk yang muncul dari praktik semacam itu di masa lalu. Di masa produk obat industri belum ada, farmasis berada di posisi mengerjakan resep dan formula baru untuk memenuhi pesanan dokter dan mengobati pasien. Ketika industri dan metode skala besar yang lebih terstandarisasi berkembang, profesi farmasis berkembang bersama dengan itu. Dulu, apotek pribadi yang dimiliki oleh farmasis sendiri dibuka dan dijalankan oleh seorang farmasis yang membuka apotek sebagai operator dan pemilik. Beberapa farmasis mulai melihat peluang melampaui kepemilikan apotek tunggal serta mencari dan mengembangkan beberapa apotek. Ini akhirnya berkembang ke apotek yang sekarang disebut *apotek jaringan*. Apotek-apotek ini sering kali tidak dianggap sebagai wirausaha bagi farmasis yang masuk bekerja sebagai pegawai; akan tetapi, apotek jaringan itu sendiri adalah contoh kewirausahaan. Seperti yang akan dibicarakan selanjutnya, ada peluang kewirausahaan di dalam perusahaan yang besar. Dalam lingkungan rumah sakit, farmasi klinis dikembangkan pada tahun 1960-an dan akhirnya masuk juga ke dalam lingkungan praktik farmasi komunitas. Dalam 15 sampai 20 tahun terakhir, konsep asuhan kefarmasian diciptakan dan dialihkan menjadi manajemen terapi obat (*medication therapy management*, MTM), yang berkembang ke banyak aktivitas dan upaya kewirausahaan dalam manajemen stadium penyakit, pemberian imunisasi, dan bisnis-bisnis baru lainnya.

Sampai saat ini, upaya kewirausahaan dalam profesi ini kebanyakan dilakukan tanpa pelatihan kewirausahaan formal di dalam kurikulum farmasi. Pelatihan kewirausahaan formal tampaknya dapat meningkatkan tingkat kesuksesan upaya kewirausahaan. Kemampuan memadukan pelatihan formal ini meningkat karena bidang kewirausahaan berkembang pesat. Tahun 1975, 104 sekolah tinggi dan universitas menawarkan mata ajar kewirausahaan (Kauffman Foundation, 2006). Tahun 1990, jumlah ini meningkat menjadi 370, dan tahun 2005, jumlah sekolah yang menawarkan mata ajar kewirausahaan telah meledak menjadi 2.662 (1.194 sekolah dua tahun dan 1.468 sekolah empat tahun). Saat ini, ada lebih dari 895 program kewirausahaan untuk mahasiswa bisnis, 126 program dengan minor sarjana, dan 463 program untuk mahasiswa nonbisnis.

■ APA ITU KEWIRAUSAHAAN?

Kata *kewirausahaan* memiliki banyak definisi. Salah satu definisi yang sering digunakan adalah “proses yang dijalani seseorang untuk mengejar peluang tanpa memandang sumber daya yang saat ini dimilikinya atau dikontrolnya.” Satu aspek kunci dalam definisi ini adalah bahwa kewirausahaan merupakan sebuah proses. Ini memiliki beberapa implikasi. Pertama, proses adalah sesuatu yang dapat dipelajari dan sesuatu yang bersifat dapat berulang. Proses juga mengimplikasikan karakter semangat dan ketekunan. Dalam mencari peluang tanpa memandang sumber daya yang kini dimiliki, wirausahawan harus yakin dan memiliki semangat untuk sukses yang akan membawanya melewati waktu-waktu yang sulit. Sasaran akhir adalah mencapai visi. Sebagaimana yang dinyatakan dan diajarkan oleh Michael Morris, Witting Chair of Entrepreneurship di Syracuse University, kewirausahaan adalah “sebuah filosofi hidup” (Morris, 1998). Kewirausahaan adalah suatu cara menjalani kehidupan untuk mengidentifikasi masalah dan secara proaktif mengubah masalah menjadi peluang guna memperbaiki situasi, baik itu dalam masyarakat, kehidupan pribadi, maupun profesi.

Farmasis bekerja setiap hari untuk membantu menyelesaikan masalah pasien dalam mengatur pengobatan dan kesehatan pasien. Karena itu, farmasis berada di posisi yang ideal untuk mengidentifikasi peluang yang mungkin merupakan peluang bisnis yang akan terus hidup.

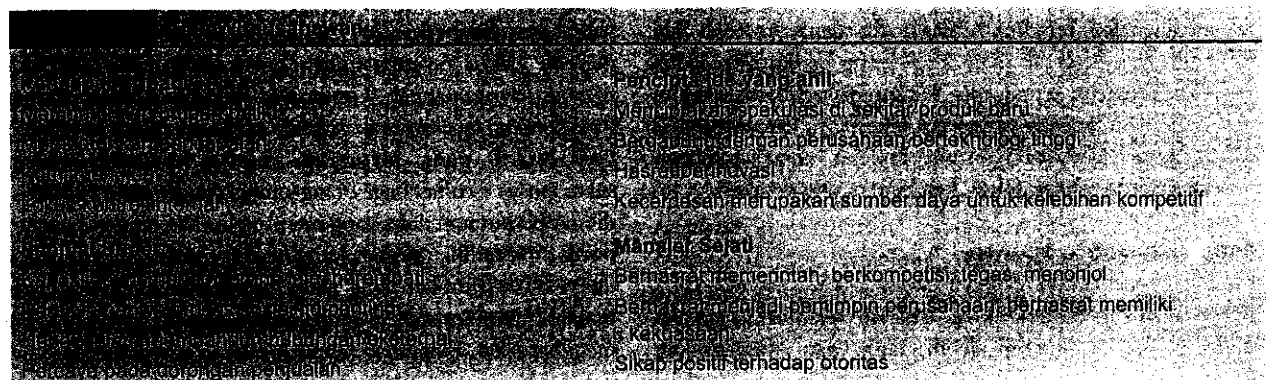
■ SIAPAKAH WIRAUSAHAWAN?

Sering kali terjadi kesalahan persepsi tentang *siapa* wirausahawan (Kuratko, 2003). Beberapa stereotip yang sering disebutkan antara lain wirausahawan adalah seseorang yang beruntung, sangat berkharisma, tamak, dan sering kali mereka “lahir” sebagai wirausahawan. Definisi yang diberikan di awal membantu membuktikan kesalahan dari persepsi yang salah tersebut. Orientasi proses dan kemampuan mengajarkan proses tersebut menunjukkan kewirausahaan bukan sesuatu

yang lahir di dalam diri seseorang begitu saja atau sesuatu yang bergantung pada keberuntungan.

Agaknya karena kesalahan persepsi ini, area pengidentifikasian siapakah wirausahawan menjadi suatu area yang paling banyak diteliti dalam bidang ini. Beberapa karakter umum wirausahawan antara lain tingkat motivasi pencapaian yang tinggi, lokus kontrol internal, dan toleransi ambiguitas. Dalam bukunya yang berjudul *The Four Routes to Entrepreneurial Success*, John Miner menyebutkan empat tipe wirausahawan (Tabel 31-1) (Miner, 1996). Setiap tipe tersebut memiliki karakter unik yang dapat membantu mematahkan stereotip yang ada. Sebagai contoh, “penjual super” adalah seorang yang lebih berkharisma yang tipikal untuk beberapa stereotip, tetapi tiga tipe lainnya membantu mengidentifikasi bahwa orang yang kurang berkharisma juga cocok menjadi wirausahawan. Selain itu, “manajer sejati” menyatakan tipe wirausahawan yang dapat cocok dengan kewirausahaan perusahaan. Satu karakter yang tidak disebutkan dalam gambaran wirausahawan adalah “penjudi berisiko tinggi.” Wirausahawan diketahui memiliki toleransi terhadap ambiguitas, tetapi bukan cenderung mengambil risiko yang tidak perlu dan bahkan terbukti lebih menolak risiko dibandingkan orang-orang yang bukan wirausahawan (Xu dan Ruef, 2004).

Sebuah aspek penting yang harus dipahami wirausahawan adalah mereka tidak selalu harus ahli dalam semua area bisnis (misalnya, keuangan, akunting, pemasaran, dan operasi). Seseorang tidak mungkin ahli dalam setiap area yang diperlukan untuk memulai, mengembangkan, dan menjalankan sebuah bisnis. Wirausahawan biasanya sangat bagus dalam menetapkan jejaring orang yang dapat membantu dirinya di dalam area-area yang bukan kekuatannya. Contoh wirausahawan yang seperti ini adalah Henry Ford (Hill, 1960). Selama Perang Dunia I, sebuah koran di Chicago menyebut Mr. Ford adalah seorang “pecinta damai yang bodoh.” Mr. Ford tidak suka dengan julukan itu dan ia menuntut koran itu ke pengadilan. Ketika Mr. Ford berdiri di tempat saksi, pengacara menghujani dia dengan pertanyaan-pertanyaan



Penciri yang alami
Menciptakan spekulasi di sekitar produk baru
Pegawai dengan perusahaan berkegiatan tinggi
Hasrat inovatif
Keberhasilan merupakan sumber daya untuk kelebihan kompetitif
Mandiri Sejati
Pemasaran menantang, berkompaksi, legas, menantang
Bisnis menjadi pemimpin perusahaan, pemasrat memiliki
Kerjasama
Sikap positif terhadap otentitas

untuk menguji pengetahuan Mr. Ford dengan tujuan memperlihatkan bahwa Mr. Ford tidak mampu memberikan jawaban dan memang “bodoh.” Setelah frustrasi dengan rangkaian pertanyaan, Mr. Ford mengatakan bahwa jika ia benar-benar ingin mengetahui jawaban untuk pertanyaan apa pun, ia memiliki barisan tombol listrik di mejanya. Dengan menekan tombol yang benar, ia dapat memanggil salah seorang yang dapat membantunya yang dapat menjawab pertanyaan apa pun yang dia pikirkan. Jadi, mengapa ia harus memenuhi otaknya dengan pengetahuan ini. Sang pengacara terdiam, dan Mr. Ford menunjukkan bahwa ia bukan orang yang “bodoh.” Mengetahui bagaimana mendapatkan akses ke orang-orang dan informasi yang dibutuhkan dan tidak takut bertanya merupakan karakter yang penting untuk wirausahawan.

■ PROSES KEWIRAUSAHAAN

Memahami proses kewirausahaan dan aplikasinya merupakan salah satu aspek “belajar” kewirausahaan karena memberikan pendekatan terstruktur yang dapat diulangi, dianalisis, dan diperbaiki. Karena itu, memasukkan proses kewirausahaan dalam praktik farmasi agaknya memberikan suatu metodologi yang dapat meningkatkan keberhasilan aktivitas kewirausahaan.

Mengidentifikasi Suatu Peluang

Ide dapat datang dalam berbagai bentuk dan dari berbagai tempat yang berbeda. Tabel 31-2 memuat daftar kategori asal ide. Meskipun tabel ini tidak ditujukan secara khusus untuk farmasi, ada banyak peluang dalam tiap kategori pada daftar yang dapat ditemukan di dalam farmasi. Setelah terlatih melihat kehidupan melalui kacamata wirausahawan, kemungkinan besar seseorang akan dapat menciptakan banyak ide (misalnya, tipe “pencipta ide yang ahli”) dan melihat peluang ketika orang lain tidak melihatnya. Dalam buku yang berjudul *The Entrepreneurial Mindset*, McGrath dan MacMillan (2000) mengatakan bahwa wirausahawan sering membuat dan menyimpan *daftar peluang*. Ini merupakan suatu daftar ide mengenai peluang yang terus-menerus. Wirausahawan selanjutnya memilih salah satu yang akan dikejar dan menyimpan daftar tersebut sehingga dia dapat kembali lagi ketika dia siap bergerak maju ke peluang berikutnya. Tidak mungkin mengejar semua ide. Wirausahawan harus disiplin dalam memilih peluang yang akan dikejar karena sumber daya yang ada kemungkinan terbatas dan mengejar sebuah peluang membutuhkan fokus, ketekunan, dan dedikasi.

Mengembangkan Konsep

Setelah peluang diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengembangkan konsep lebih jauh dan menentukan

keberadaan peluang pasar terbesar. Sebagian besar ide memiliki berbagai cara untuk melaksanakannya. Tabel 31-2 memuat beberapa pilihan yang mungkin. Menentukan ide yang akan diikuti dan bagaimana mengeksekusi peluang merupakan keputusan penting yang harus dibuat wirausahawan. Untuk memandu keputusan ini, wirausahawan sering kali harus melakukan *analisis kelayakan (feasibility analysis)* (Barringer, 2006).

Dalam analisis kelayakan, riset yang ekstensif dilaksanakan terhadap produk/jasa, industri, pasar, kelayakan organisasional, dan kelayakan finansial untuk peluang tersebut. Ini merupakan komponen yang sangat penting dalam keputusan mengejar atau tidak mengejar peluang dan bicara tentang sifat hindari-risiko wirausahawan. Kebanyakan riset ini akan berkembang menjadi pembentukan rencana bisnis (lihat Bab 4)

Ketika mengejar peluang di dalam sebuah perusahaan, analisis kelayakan dapat digunakan untuk mempertimbangkan peluang, atau proyek, terhadap satu sama lain. Tipe kewirausahaan seperti ini disebut kewirausahaan korporat atau intra-kewirausahaan (*intrapreneurship*) (Morris, 2002).

Menentukan Sumber Daya yang Diperlukan

Seperti definisi yang dijelaskan pada bagian awal bab ini, wirausahawan biasanya tidak memiliki semua sumber daya yang diperlukan untuk mengejar peluang yang teridentifikasi. Tahap proses ini, yang dapat merupakan bagian dari analisis kelayakan, akan membantu mengidentifikasi sumber daya yang diperlukan dan membantu menentukan apakah wirausahawan dapat memperoleh sumber daya yang diperlukan itu. Daftar dalam Tabel 31-2 mengidentifikasi setidaknya beberapa area yang akan dimasukkan ke dalam analisis. Hal ini merupakan poin yang sangat penting dievaluasi oleh farmasis karena farmasis memiliki bidang pengetahuan yang khusus dan sering kali tidak bervariasi dalam hal pelatihan bisnis, manajemen, pemasaran, keuangan, dan area penting lainnya untuk mengejar upaya kewirausahaan. Penting disadari bahwa ini jangan menjadi faktor pembatas, tetapi justru harus menjadi suatu faktor yang dapat dan perlu diatur.

Tahap ini di dalam proses juga akan membantu mengidentifikasi tingkat kebutuhan sumber daya keuangan yang harus didapatkan dan mengidentifikasi tahapan dalam periode waktu pengembangan bisnis yang membutuhkan sumber daya keuangan. Umumnya, jika dibutuhkan sumber daya keuangan eksternal, sumber daya itu tidak diperoleh pada waktu yang bersamaan. Untuk mempertahankan suatu posisi ekuitas bagi orang-orang yang memulai bisnis, dibuat perputaran dana yang memungkinkan pengembangan bisnis, memiliki modal yang cukup untuk beroperasi, tetapi bukan jumlah uang yang sangat berlebihan sehingga menjadi pemborosan. Mendapatkan modal dari investor mengharuskan dibaginya saham bisnis kepada para investor

Mendapatkan Sumber Daya yang Penting	Utang Ekuitas Pengumpulan Sumber daya eksternal Sewa guna usaha Bertukar kontrak Staf temporer Keuangan pemasok Usaha patungan Kemitraan Barter Hadiah
Menimplementasikan dan Mengelola	Implementasi konsep Pemantauan kinerja Pengembalian penyedia sumber daya Investasi kembali Ekspansi Rencapaian sasaran kinerja
Menjual Hasil Usaha	Penyerapan konsep baru ke dalam operasi utama Perizinan hak cipta Warisan keluarga Menjual usaha go public Menutup usaha

Mendapatkan Sumber Daya yang Penting

kita cari sumber daya untuk menjalankan ide. Tabel 31-2 memuat daftar beberapa cara untuk mendapatkan sumber daya. Biasanya, untuk mendorong orang lain berinvestasi, wirausahawan harus memasukkan sejumlah uangnya ke dalam pengembangan. Ini disebut memiliki "kulir permainan." Wirausahawan dapat menjadi sangat kreatif untuk memulai bisnisnya. Hibah dan pinjaman bisnis kecil sering dimanfaatkan, tetapi mendapatkan hibah memerlukan waktu lebih lama dibandingkan metode lainnya. Keuntungan tidak harus mengembalikan keuangan atau menyerahkan ekuitas dalam perusahaan dapat menjadi sangat menarik. Banyak "ekuitas keringat" (waktu yang diperlukan untuk mengembangkan bisnis, tanpa menerima bayaran untuk waktu yang dimasukkan) biasanya juga diperlukan, dan hal ini biasanya tidak diterjemahkan ke dalam ekuitas uang sebenarnya. Jika wirausahawan tidak dapat mengidentifikasi sendiri sumber daya yang cukup, mencari seorang *investor penolong* kemungkinan merupakan alternatif lain yang terbaik. Investor penolong adalah seseorang yang dapat memasok sejumlah uangnya sendiri. Orang ini juga sering membantu menjadi mentor wirausahawan untuk mencapai kesuksesan.

Mencoba mendapatkan *uang strategis* juga dapat menguntungkan. Begitu seseorang menyediakan modal untuk suatu bisnis, kemungkinan besar dia akan memiliki minat pribadi untuk melihat bisnis tersebut berhasil. Uang dari orang-orang yang dapat menolong membangun hubungan dengan pelanggan potensial dan pemangku kepentingan lainnya dapat menjadi bagian yang penting dalam menetapkan bisnis. Usaha patungan dan kemitraan juga dapat membantu mempercepat proses adopsi dan mendapatkan pembeli saham bisnis.

Sumber daya keuangan tentu bukan satu-satunya jenis sumber daya yang harus diperoleh. Salah satu sumber daya yang sangat penting diperoleh adalah tim manajemen. Menemukan orang-orang kunci yang dapat mendorong kemajuan ide bisnis merupakan komponen yang sangat penting dalam keberhasilan bisnis. Seperti yang tersirat dalam contoh Henry Ford di awal, memiliki jaringan yang kuat merupakan karakter yang sangat penting bagi seorang wirausahawan. Wirausahawan yang mampu mengidentifikasi orang-orang kunci dan membangun hubungan melalui orang-orang yang dikenalnya akan dapat memperoleh orang-orang yang tepat bekerja untuknya, mendapatkan pendanaan, dan menyelesaikan semua pekerjaan dengan baik (misalnya, pemasaran dan pengembangan bisnis/perekrutan pelanggan) tanpa harus menghabiskan banyak uang pada sumber daya reguler.

Mengimplementasikan dan Mengelola

Implementasi dan manajemen memulai, mengembangkan, dan menjalankan operasi terus menerus juga merupakan komponen yang kritis dalam proses kewirausahaan. Keahlian yang diperlukan untuk level proses ini dapat dipelajari sendiri atau dipelajari dalam pelatihan yang lebih formal. Semua sekolah bisnis berfokus pada area yang berbeda sesuai dengan keahlian yang dibutuhkan untuk menjalankan sebuah bisnis. Namun, banyak pemilik bisnis yang berhasil yang tidak memiliki gelar bisnis formal. Kemampuan membuat keputusan dan pengalaman merupakan dua hal terpenting untuk berhasil dalam proses ini. Meskipun beberapa orang tampaknya "lahir" dengan kemampuan alami dalam area ini, kedua hal ini, baik kemampuan membuat keputusan maupun pengalaman,

sering kali dipelajari sepanjang waktu dan dapat dipelajari di dalam profesi farmasi setelah mendapat izin praktik. Farmasis sering berada dalam posisi membuat keputusan dalam praktik profesionalnya. Pengalaman ini, bersama dengan pengalaman lain yang dapat diperoleh dalam mengelola sebuah apotek, mengembangkan sebuah praktik, atau bekerja dalam sebuah unit bisnis dalam perusahaan besar, dapat berfungsi sebagai pelatihan dan menimbulkan kepercayaan diri bagi farmasis untuk membuat keputusan nantinya di dalam karir farmasis untuk mencari peluang. Hal yang sama ini dapat diperoleh di luar profesi dan dapat juga diperoleh lebih awal.

Setiap pengalaman menjalankan bisnis atau posisi membuat keputusan dapat membantu memberikan pelatihan yang menguntungkan untuk mengembangkan kemampuan berwirausaha. Metode Pembelajaran Kewirausahaan Bernelli 5 + 5 + 5 (5 + 5 + 5 BEL, Bernelli Entrepreneurial Learning) (Tabel 31-3) dikembangkan oleh seorang farmasis, Cynthia Ianerelli, yang sekarang merupakan presiden Bernelli University. Dia meninggalkan profesi farmasis demi membantu bisnis keluarga. Ketika mengikuti pelatihan yang lebih formal untuk menjalankan bisnis, ia menyadari bahwa banyak keputusan dalam sekolah bisnis lebih mudah baginya dibandingkan bagi siswa lainnya. Dia menghubungkan hal ini dengan kondisinya yang besar di bisnis keluarga dan seluk beluk pengalaman yang dimilikinya dalam menjalankan bisnis. Riset Cynthia Ianerelli berfokus pada area ini dan dia mengembangkan metode pengajaran kewirausahaan yang berfokus pada belajar dengan pengalaman, yang dimulai sedini mungkin sejak prasekolah, untuk melatih kewirausahaan. Seperti terlihat pada Tabel 31-3, metode BEL mengidentifikasi lima tahap pengembangan dan pertama kali terdiri atas pengenalan awal dan pengalaman penyerahan. Setelah seseorang memiliki kedua hal ini, dia dapat berkembang ke pengalaman yang lebih luas. Setelah mendapatkan pengalaman-pengalaman awal ini, barulah seseorang dapat masuk ke dalam tahap pendaftaran formal dan kepemimpinan. Riset dan laporan (Hise, 2007) juga mendukung nilai pengalaman dalam mengembangkan pemikiran kewirausahaan.

Untuk bisnis apa pun, kunci mengimplementasikan dan mengelola peluang akan berpusat pada arus kas. Pertama, mendapatkan modal untuk memulai bisnis, seperti yang

Metode Belajar Kewirausahaan Bernelli (Bernelli Entrepreneurial Learning) BEL 5 + 5 + 5		
Lima Tahap Pengembangan	Lima Tahap Mula Mula Belajar	Lima Tahap Mula Mula Belajar
Pengenalan awal	Keahlian memulai sendiri	Konfirmasi
Penyerahan	Keahlian mengelola bisnis	Keahlian mengelola bisnis
Pengalaman meluas	Keahlian pemasaran	Pertemuan
Pendaftaran formal	Keahlian keuangan	Mengembangkan jaringan
Kepemimpinan	Keahlian kepemimpinan	Merangsang

didiskusikan di awal. Selanjutnya, setelah bisnis dimulai, menyeimbangkan pengeluaran uang dengan kebutuhan mendapatkan lebih banyak uang agar bisnis terus berjalan. Bisnis sering gagal karena wirausahawan tidak mempunyai kas yang cukup ketika memulai bisnis. Bisnis dianjurkan memiliki kas yang cukup untuk mendukung bisnis tersebut selama tiga tahun sejak bisnis dimulai. Namun, ini sering sulit diperoleh. Selain itu, dalam peluang bisnis dengan dana yang didapatkan melalui modal investor dan patungan serta menyerahkan ekuitas, bisnis biasanya mencari perputaran dana. Alasan untuk hal ini adalah investor pada tahap yang lebih awal mendapatkan ekuitas lebih besar untuk uang yang dimasukkan karena merupakan tahap bisnis yang lebih berisiko. Setelah bisnis berkembang dan dapat memperlihatkan keberhasilan, dana tidak terlalu berisiko lagi dan ekuitas yang diberikan lebih kecil.

Menyeimbangkan penggunaan kas untuk mengoperasikan bisnis dengan kebutuhan dana untuk menumbuhkan bisnis tentu memerlukan keahlian khusus. Biasanya, bisnis menggunakan dana untuk mendapatkan pasokan dan sumber daya untuk mendukung produk. Jika bisnis tidak mendapatkan bayaran yang layak ketika dilakukan penjualan, pasokan dan sumber daya untuk siklus penjualan berikutnya akan sulit diisi ulang, dan hal ini dapat menyebabkan bisnis tersebut kesulitan membayar tagihan-tagihan tepat pada waktunya.

Menuai Hasil Usaha

Menuai hasil usaha merujuk pada bagaimana wirausahawan akan mengambil imbalan hasil kerja kerasnya. Ada banyak cara bagaimana seorang wirausahawan dapat “meninggalkan” bisnis. Beberapa contohnya antara lain menjual bisnis kepada orang lain, menyerahkan bisnis tersebut kepada anggota keluarga, menjual izin hak kepemilikan intelektual yang dikembangkan dalam bisnis, membuka bisnis untuk umum, atau langsung menutupnya saja. Untuk memaksimalkan imbalan peluang, *strategi meninggalkan bisnis* atau daftar strategi meninggalkan bisnis yang potensial perlu dikembangkan sejak awal dalam proses pengembangan konsep. Waktu terbaik untuk menarik investasi dari usaha sering kali ketika usaha itu sangat berkembang. Saat seperti ini dapat menjadi waktu yang sulit untuk berpisah dengan usaha kecuali sebuah strategi direncanakan sejak awal. Memiliki strategi meninggalkan bisnis yang direncanakan sejak awal dapat membantu dalam perencanaan dan pelaksanaan bisnis dan dalam mengidentifikasi peluang untuk memaksimalkan perolehan.

■ KEKAYAAN INTELEKTUAL

Salah satu aspek terpenting dalam kewirausahaan adalah melindungi ide, yang disebut juga *kekayaan intelektual*.

Kekayaan intelektual dapat berupa banyak hal, antara lain mulai dari logo, produk, sampai dengan proses bisnis. Jenis perlindungan antara lain hak cipta, merek dagang, dan paten (Allen, 2003).

Perlindungan *hak cipta* merupakan cara yang paling mudah dan murah untuk memperoleh perlindungan. Namun, juga memberikan tingkat perlindungan yang paling rendah. Perlindungan ini tidak melindungi ide, proses, atau metode kekayaan intelektual. Hanya melindungi bentuk, atau kerja asal, yang merupakan hasil akhir dari ide, proses, atau metode. Hak cipta dapat diperoleh secara resmi dari kantor hak cipta AS hanya dengan uang sebanyak \$30.

Merek dagang digunakan untuk melindungi nama, cap, logo, dan alat pemasaran lainnya yang saling berlainan. Merek dagang agak lebih mahal. Merek dagang biasanya bisa diperoleh dengan harga \$750. Merek dagang juga dapat Anda urus sendiri di Internet melalui situs web U.S Patent and Trademark Office (www.uspto.gov). Selain itu, Anda juga dapat membayar pengacara untuk mengurus merek dagang Anda.

Paten memberikan tingkat perlindungan tertinggi. Untuk mendapatkan paten, memerlukan waktu dan biaya paling besar, biasanya membutuhkan waktu paling tidak 2 tahun dan \$4.000 untuk pengajuan. Biasanya perlu menyewa pengacara kekayaan intelektual untuk membantu pengajuan dan mempertahankan paten. Paten melindungi ide, metode, serta desain produk dan bisnis. (untuk penjelasan lebih terperinci tentang paten dan proses pengajuan, lihat www.uspto.gov.) Penting untuk kita meneliti waktu yang tepat untuk pengajuan—biasanya dalam 1 tahun penggunaan—dan menentukan apakah Anda hanya memerlukan paten di Amerika atau paten diajukan di negara-negara lain juga (dan ada waktu khusus yang tepat kapan hal ini perlu dilakukan).

■ INKUBATOR

Konsep penting bagi wirausahawan yang kemungkinan sangat dapat diaplikasikan oleh wirausahawan farmasis adalah *inkubator*. Istilah ini menjelaskan suatu entitas yang ada untuk membantu memulai suatu bisnis yang baru. Seperti diuraikan sebelumnya, wirausahawan tidak dapat menjadi seorang yang ahli dalam segala bidang yang diperlukan dalam kewirausahaan. Inkubator mengumpulkan semua atau beberapa bidang yang diperlukan (misalnya, akunting, pengembangan rencana bisnis, hukum, dan penerimaan modal.) untuk membantu wirausahawan memasarkan ide mereka ke pasaran. Seperti dibahas sebelumnya, investasi awal pada proses pengembangan ide memakan biaya terbesar. Inkubator biasanya menggunakan ekuitas bisnis yang signifikan untuk memulai bisnis. Sebelum menggunakan inkubator, wirausahawan harus menilai berapa jumlah biaya yang benar-benar dibutuhkan dan berapa besar inkubator akan memberikan kontribusi. Inkubator sering

kali ditemukan berhubungan dengan institusi akademik, khususnya yang memiliki program kewirausahaan. Inkubator juga mungkin tersedia di dalam komunitas bisnis di bidang tertentu dan berperan sebagai suatu metode bagi investor lokal untuk merumuskan atau mengalihdayakan proses investasi para investor itu. Sebagai contoh, seseorang yang ingin berinvestasi pada peluang baru dapat memanfaatkan inkubator untuk menilai peluang-peluang tersebut dan memberikan struktur peluang tersebut guna mengurangi risiko investasi. Mencari lokasi inkubator juga dapat dilakukan dengan mencari di Internet.

■ WAKTU DAN KOMPETISI

Salah satu aspek paling penting dalam menuangkan ide ke pasar adalah waktu. Sebagus apa pun sebuah ide, tidak akan mencapai potensi terbaiknya jika pasar tidak siap untuk ide tersebut. *Penggagas-pertama*, orang pertama yang memperkenalkan konsep pada pasar, bisa memperoleh apa yang disebut *keuntungan penggagas-pertama*. Ia dapat memperoleh keuntungan karena masuk ke pasar lebih dulu. Di pihak lain, orang kedua yang masuk ke pasar mendapatkan keuntungan karena penggagas-pertama telah mengupayakan semua daya untuk melatih dan mengedukasi pasar tentang konsep itu. Menentukan kapan sebuah kesempatan itu matang merupakan salah satu keputusan penting yang harus dibuat oleh seorang wirausahawan. Riset, kelompok fokus, peramalan, dan analisis kompetitif dapat menjadi suatu proses perjalanan yang panjang untuk penentuan kapan waktu yang tepat. Namun, banyak perusahaan menghabiskan sumber daya yang sangat besar untuk mengidentifikasi waktu yang tepat dan bagaimana produk seharusnya. Namun kemudian, mereka melihat produk mereka gagal sama sekali atau harapannya kecil. Seperti yang diuraikan oleh Zaltman (2002) orang tidak dapat mengatakan bagaimana nanti reaksi yang sebenarnya terhadap suatu produk sebelum penawaran produk tersebut. Riset Zaltman memperlihatkan 95% pemikiran orang terjadi di bawah sadar mereka. Jadi, meskipun mereka mungkin bahkan ingin menolong, reaksi mereka yang sebenarnya hanya dapat terlihat ketika mereka mengalami kontak dengan produk tersebut dan semua keputusan paralel yang menyertainya. Satu faktor intuitif yang sering dapat membantu mengidentifikasi keberhasilan suatu produk adalah apakah ada penawaran produk yang serupa atau tidak. Kompetisi pada umumnya dapat menjadi tanda positif bahwa pasar telah siap untuk konsep yang ditawarkan dan dapat mengurangi biaya yang dibutuhkan untuk memperkenalkan produk tersebut ke pasar. Adanya kompetisi dan pemasaran dapat memvalidasi kebutuhan akan produk tersebut, meningkatkan kesadaran akan pentingnya produk tersebut, dan meruntuhkan dinding penghalang terhadap produk baru tersebut.

■ MENJUAL KONSEP

Untuk menjual peluang secara efektif, wirausahawan harus mampu mengomunikasikan posisi nilai produk, layanan, atau bisnis dengan cepat. Dalam lingkaran kewirausahaan, ini disebut *elevator pitch*. *Elevator pitch* adalah kemampuan mempromosikan konsep pada seorang investor potensial dalam waktu yang dibutuhkan oleh sebuah elevator untuk naik dan turun kembali. Ide di balik terminologi ini adalah agar wirausahawan siap mempromosikan konsep yang dimilikinya dengan jelas dan singkat setiap waktu. Keahlian ini sebenarnya sangat cocok untuk farmasis karena mirip dengan bagaimana farmasis sering kali harus mengonseling pasien dan membuat rekomendasi terapi obat untuk dokter penulis resep. Salah satu metode untuk mendapatkan pelatihan tambahan untuk melakukan hal ini secara efektif dapat dibaca dalam buku *How to Get Your Point Across in 30 Seconds or Less* (Frank, 1986). Tiga pertanyaan kunci yang kemungkinan dapat membantu adalah sebagai berikut.

1. Apa keuntungannya?
2. Mengapa peluang itu dinyatakan baru dan berbeda?
3. Apa alasannya untuk percaya?

Salah satu kesalahan yang sering dilakukan oleh wirausahawan dan farmasis yang tidak berpengalaman dalam "menjual" produk atau jasa mereka adalah fokus pada *fitur*. Mereka menjelaskan fitur atau aspek produk atau jasa tersebut, tetapi tidak menghubungkannya dengan pelanggan atau bagaimana fitur memberikan manfaat atau nilai. Manfaat sangat berkaitan dengan bagaimana produk atau jasa akan membuat hidup pembeli menjadi lebih baik. Investor mencari suatu usulan nilai yang jelas dan terutama sesuatu yang dapat berulang atau mengarah ke peluang penjualan yang berlipat ganda.

■ SUMBER DAYA TAMBAHAN

Sumber daya untuk wirausahawan sangat banyak. Pencarian di Internet dapat dengan mudah mengidentifikasi sejumlah sumber daya. Berjejaring dalam komunitas pemilik bisnis juga dapat membantu menemukan mentor yang bisa menjadi sumber daya vital. Beberapa sumber daya yang dianjurkan meliputi

- *DELTA Rx Institute* (www.deltarx.com). Delta Rx Institute berbasis di Drake University College of Pharmacy & Health Sciences. DELTA adalah singkatan dari Drake Entrepreneurial Leadership Tools for Advancement. Situs web ini memberikan berbagai sumber daya dalam kewirausahaan, menjelaskan secara singkat profil pemimpin wirausaha farmasi, serta memberikan alat

dan kursus yang dapat membantu farmasis untuk mulai masuk ke dalam jalur kewirausahaan.

- *Standford Technology Venture program* (<http://stvp.stanford.edu/>). Ini merupakan situs web yang dimiliki oleh Stanford University School of Engineering, yang didedikasikan untuk mempercepat riset dan edukasi kewirausahaan teknologi tinggi bagi insinyur dan ilmuwan. Situs web ini memiliki banyak sumber daya dan sinar (*podcast*) dari para wirausahawan, termasuk banyak dari pengusaha berhasil di Silicon Valley, yang dapat memberikan wawasan yang sangat bagus.
- *Entrepreneurship and Emerging Enterprises program di Syracuse University* (<http://whitman.syr.edu/eee/>). Situs web ini juga memiliki banyak sumber daya yang dapat membantu mengembangkan kapabilitas kewirausahaan dan terhubung dengan situs-situs lain yang berfokus pada kewirausahaan.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

John Adams memutuskan bahwa sekarang adalah waktu yang tepat untuk mengejar peluang ini. Dia memutuskan bahwa untuk memberikan kesempatan ini peluang untuk berhasil sesuai dengan kebutuhkannya, ia akan memusatkan perhatiannya dengan benar-benar menyelidiki peluang tersebut, menemukan seorang mentor, dan mengatur segala sesuatunya sesuai dengan tempatnya. Setelah semua ini selesai (sesuai dengan ketetapan waktu yang direncanakan), ia akan segera beralih ke peluang tersebut dengan sepenuh waktu dan meninggalkan pekerjaannya saat ini. "Posisi farmasis biasa mudah diperoleh kembali, dan saya mungkin dapat memperoleh bonus bergabung dengan suatu tempat jika saya membutuhkannya, jadi mengapa tidak?"

■ KESIMPULAN

Kewirausahaan memiliki akar yang kuat dalam profesi farmasi. Pengetahuan, keahlian, dan praktik yang khusus di dalam farmasi memberikan dasar yang kuat untuk mengidentifikasi dan mengejar usaha keras kewirausahaan. Meskipun stereotip sering kali menggambarkan wirausahawan sebagai penjudi berkarisma yang berisiko tinggi, bukti menunjukkan bahwa orang-orang dengan berbagai karakter pribadi dapat menjadi wirausahawan yang sukses. Hal yang penting, pengenalan bahwa kewirausahaan adalah suatu proses formal yang dapat diulangi dan dipelajari menunjukkan bahwa ini bukan suatu karakter yang ada di dalam diri seseorang begitu ia "lahir". Penerapan proses kewirausahaan yang telah dijelaskan dapat memberikan suatu kerangka kerja untuk keberhasilan dan untuk peningkatan kualitas melalui perbaikan proses. Pembiayaan usaha keras kewirausahaan memerlukan keseimbangan yang

mahir antara mengatur arus kas dan ekuitas untuk membawa peluang ke pasar dengan sukses. Melalui riwayat farmasi, kewirausahaan telah menjadi komponen yang kuat dalam profesi farmasi yang telah membantu profesi ini untuk beradaptasi dan mengokohkannya selama bertahun-tahun. Dengan meledaknya pertumbuhan edukasi kewirausahaan dan pesatnya perubahan dunia akhir-akhir ini, tidak ada keraguan bahwa kewirausahaan akan sama pentingnya dengan mamajukan profesi ini.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Jelaskan pentingnya jejaring untuk wirausahawan, dan identifikasi metode jejaring dalam profesi, komunitas, dan dunia bisnis.
2. Menurut Anda, tahap manakah yang paling sulit dalam proses kewirausahaan? Uraikan dan jelaskan mengapa Anda mengatakan demikian?
3. Uraikan suatu pendekatan untuk membiayai suatu perusahaan wiraswasta. Tambahkan penjelasan tentang keuntungan dan kerugian akuisisi utang, penggunaan dana pribadi dan "sahabat dan keluarga," dan modal ventura.
4. Setelah mengidentifikasi peluang, buatlah sebuah *elevator pitch* 30 detik yang mengomunikasikan nilai dari konsep secara jelas.
5. Merujuk pada Tabel 31-1, kategori mana yang paling sesuai dengan Anda, dan menurut pandangan Anda, bagaimana karakter tersebut akan membawa Anda menuju kewirausahaan?

REFERENSI

- Coca-Cola. 2007. The Chronicle of Coca-Cola. Tersedia di www.thecoca-colacompany.com/heritage/chronicle_birth_refreshing_idea; diakses pada 7 Oktober 2007.
- Dr. Pepper. 2007. A History of Dr. Pepper, the World's Oldest Major Soft Drink. Tersedia di www.drpeppermuseum.com/dr-pepper-facts.html#history; diakses pada 7 Oktober 2007.
- Allen KR. 2003. *Launching New Ventures: An Entrepreneurial Approach*, 3 ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Barringer BR, Ireland RD. 2006. *Entrepreneurship: Successfully Launching New Ventures*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Frank MO. 1986. *How to Get Your Point Across in 30 Seconds or Less*. New York: Pocket Books.
- Hise P. 2007. A chance to prove my worth. *Fortune Small Business* 17:1.
- Hill N. 1960. *Think and Grow Rich*. New York: Ballantine Publishing Group.

- Kauffman Foundation. 2006. Kauffman Panel on Entrepreneurship Curriculum in Higher Education. Report I on Research Projects. Kansas City, MO: Kauffman Foundation.
- Kuratko DF, Hodgetts RM. 2004. *Entrepreneurship: Theory, Process, Practice*, 6th ed. Mason, OH: Thomson Learning.
- McGrath RG, MacMillan I. 2000. *The Entrepreneurial Mindset*. Boston: Harvard Business School Press.
- Miner JB. 1996. *The Four Routes to Entrepreneurial Success*. San Fransisco: Berrett-Koehler.
- Morris MH. 1998. *Entrepreneurial Intensity: Sustainable Advantages for Individuals, Organizations, and Societies*. Westport, CT: Quorum Books.
- Morris MH, Kuratko DF. 2002. *Corporate Entrepreneurship*. Orlando, FL: Harcourt College.
- Morris MH, Kuratko DF, Schindehutte M. 2001. Towards integration: Understanding entrepreneurship through frameworks. *Entrepreneurship and Innovation*, Februari:35.
- Xu H, Ruef M. 2004. The myth of risk-tolerant entrepreneur. *Strategic Organization* 2:331.
- Zaltman G. 2002. *How Customers Think: Essential Insights into the Mind of the Market*. Boston: Harvard Business School Press.

APLIKASI DALAM APOTEK KOMUNITAS MANDIRI

Joseph Bonnarens

Tentang penulis: Dr. Bonnarens saat ini merupakan Assistant Dean untuk Student Affairs dan Associate Professor di Pharmacy Administration pada Pacific University School of Pharmacy di Hillsboro, Oregon. Beliau mendapat gelar B.S. di bidang Sains Umum dan gelar B.S. dalam bidang farmasi dari Oregon State University pada tahun 1990. Beliau bekerja sebagai farmasis di beberapa tempat praktik, meliputi apotek komunitas mandiri, apotek jaringan, dan rumah sakit. Pada 1992 beliau menyelesaikan magang di American Society of Health-System Pharmacy Executive Residency, dilanjutkan dengan bekerja di National Community Pharmacists Association di Alexandria, Virginia, sampai 1996. Dr. Bonnarens melanjutkan studi lanjut dan mendapat gelar M.S. pada 1999 dan Ph.D. pada 2003 dalam bidang Pharmacy Administration dari University of Mississippi. Dr. Bonnarens memulai karir akademisnya sebagai seorang Assistant Professor di Divisi Pharmacy Social and Administrative pada University of Wisconsin School of Pharmacy, tempatnya bekerja mulai 2003 sampai 2007. Minat penelitiannya meliputi kewirausahaan, pengembangan jasa/layanan perawatan pasien, isu-isu lingkungan kerja, dan isu-isu manajemen yang dihadapi praktisi farmasis di berbagai tempat/tatanan praktik.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mengenal perubahan secara evolusi yang mengarah pada praktik apotek komunitas mandiri.
2. Mengenal karakteristik kewirausahaan dan menjelaskan peluang-peluang yang ada dalam praktik apotek komunitas mandiri.
3. Membandingkan dan membedakan memulai apotek komunitas mandiri yang baru versus membeli suatu apotek yang sudah mapan.
4. Menyebutkan dan menguraikan langkah-langkah yang diperlukan untuk memulai suatu apotek komunitas mandiri.
5. Mengenal metode-metode untuk membeli suatu apotek yang sudah mapan.
6. Menyebutkan dan membahas berbagai masalah yang dihadapi praktik apotek komunitas mandiri.

■ SKENARIO 1

Setelah Sue Franklin menyelesaikan rotasi magang akhirnya selama tahun terakhir di sekolah farmasi, ia mulai berpikir tentang akan bekerja di mana setelah lulus nanti. Sebagai bagian dari

rotasi wajib dan pilihannya, Sue mendapatkan pengalaman di sejumlah tempat praktik. Ia benar-benar menikmati rotasi perawatan kritis di University Medical Center. Namun, ia tahu bahwa mungkin diperlukan residensi untuk mendapatkan sebuah posisi di sana. Sue telah menyelesaikan rotasinya dengan Indian Health Service dan telah sangat menikmati pengalamannya merawat populasi penduduk asli Amerika di New Mexico. Ia juga mendapatkan pengalaman bekerja di sebuah apotek jaringan dan kemudian di sebuah apotek supermarket selama hari libur dan liburan sekolah farmasi. "Apa yang akan kulakukan?" pikir Sue. Ia juga memiliki sangat banyak pengalaman dan dengan beberapa cara, terlalu banyak pilihan pekerjaan. Ia telah menerima tawaran kerja dari Professional Pharmacy, sebuah apotek komunitas mandiri setempat di mana ia menyelesaikan 2 rotasi, komunitas dan administratif. Sue tercengang dengan tawaran tersebut karena ia hanya menjalani 10 minggu di apotek tersebut. Sebelum menjalani rotasinya, Sue belum pernah mempertimbangkan untuk bekerja di apotek komunitas mandiri. Salah satu proyek magang favoritnya adalah pengembangan program imunisasi untuk Professional Pharmacy. Sue menyukai kemampuan untuk menciptakan program-program baru dan menawarkan layanan-layanan khusus untuk pasien-pasien yang membutuhkan. Darrel Burke, pemilik Professional Pharmacy, sangat antusias terhadap ide Sue yang disampaikan kepadanya tentang pengembangan layanan asuhan pasien khusus lainnya. Sue mengingat kembali pengalamannya, ia juga terkesan dengan gaya manajemen Tn. Burke. Ia ingat bahwa alur kerja apotek itu sangat terorganisasi dan bahwa karyawan menikmati melayani pasien dan bangga dengan pekerjaannya. Tn. Burke menaruh perhatian besar terhadap seluruh pegawainya. Dialah satu-satunya manajer yang pernah bekerja bersamanya yang mengadakan rapat staf singkat setiap beberapa minggu sekali untuk mengetahui apa yang terjadi dan mengambil tindakan terhadap masalah yang sedang terjadi selama rapat tersebut. Sue juga terkesan dengan besarnya perhatian pelanggan terhadap Tn. Burke dan pegawainya, dan sebaliknya. Ia tidak dapat mengingat pernah menerima kue pemberian seorang pasien yang telah dibantunya pada rotasi lain. Meskipun gaji yang ditawarkan oleh Professional Pharmacy sedikit lebih rendah dibanding yang ditawarkan oleh pemberi kerja lainnya, Sue menyadari betapa unik Professional Pharmacy dan mulai melihat nilai kerja di sebuah tempat yang menerima dan bahkan mendorong karyawannya untuk mencari strategi kreatif guna meningkatkan layanan pelanggan.

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Apa yang dimaksud apotek komunitas mandiri? Dari perspektif seorang praktisi? Dari sudut pandang pasien?
2. Secara historis, apotek komunitas mandiri dan farmasis pemiliknya telah dikritisi sebagai "hanya ada untuk uang." Bagaimana Anda menyikapi mitos ini?

3. Bagaimana pemilik apotek komunitas mandiri yang sudah berdiri 15 tahun bisa menjaga semangat kewirausahaannya tetap hidup di apotek?
4. Apa keuntungan dan kerugian memulai apotek baru dibanding membeli apotek yang sudah jalan?

■ PENDAHULUAN

Sebagaimana dinyatakan pada Bab 1, "Ilmu manajerial tentang akuntansi, keuangan, ekonomi, manajemen sumber daya manusia, pemasaran, manajemen operasional merupakan alat yang tak bisa dipisahkan dari praktisi masa kini." Tiap-tiap alat tersebut memiliki kepentingan dalam beragam tingkatan bagi semua praktisi apotek. Pernyataan ini bisa lebih akurat ketika membahas tentang farmasis apotek komunitas mandiri. Farmasis apotek komunitas mandiri bekerja di lingkungan yang menuntut tingkat pemahaman yang unik tentang penggunaan setiap alat yang tepat dalam memberikan perawatan pasien, selain untuk menjalankan sebuah bisnis yang terhormat di masyarakat. Meskipun pembahasan tentang pengelolaan suatu praktik apotek komunitas mandiri bisa melibatkan sebagian besar konsep dari buku ini, tujuannya di sini adalah untuk memberikan ulasan sekilas dan membahas penerapan alat-alat manajemen penting untuk lingkungan ini.

■ APAKAH PENGERTIAN APOTEK KOMUNITAS MANDIRI?

Apa yang terlintas di pikiran ketika istilah *apotek* disebutkan? Bergantung pada usia, ukuran, dan lokasi kota asal, riwayat kesehatan pribadi, dan pengalaman bersama keluarga dan teman-teman Anda, dapat muncul sejumlah contoh. Walaupun penjabarannya bisa beragam sesuai nama dan bahkan tempat praktiknya, banyak juga yang menggambarkan sebagai suatu bisnis yang dimiliki perorangan yang tidak hanya melayani resep, tetapi juga merawat pasien dan keluarga mereka. Jenis apotek telah dijelaskan dalam banyak cara: sebuah toko "ibu dan bapak," toko obat, toko kimia, apotek, toko resep, atau ratusan nama paten mulai dari Abe's Drug sampai Zimmerman's Pharmacy. Bisnis yang digambarkan oleh sebagian besar mereka sebagai suatu apotek komunitas mandiri.

Gambaran stereotipikal dari suatu apotek komunitas mandiri mungkin mencakup keberadaan sebuah bisnis kecil dengan konter resep yang dijalankan oleh pemiliknya dan terletak di bagian belakang tokonya. Bagian depan tokonya bisa berisi aneka ragam barang mulai dari bagian kecil obat-obatan over-the-counter (OTC), vitamin, dan produk-produk lain yang terkait dengan kesehatan sampai ke bagian OTC yang diperluas dengan barang-barang tambahan, seperti

kartu ucapan, permen, hadiah, dan produk-produk untuk kesehatan dan kecantikan. Pada umumnya, seorang pelanggan bisa bertemu dengan staf yang meskipun hanya sedikit, tetapi sangat membantu dan ramah, juga mengenal nama pelanggannya dan memberikan layanan yang sangat baik.

Perspektif Historis

Praktik apotek di Amerika Serikat diawali oleh pemilik apotek komunitas mandiri. Dimulai dengan toko obat awal di koloni Amerika, praktik mandiri memproduksi sebagian besar obat yang diberikan kepada pelanggan. Di awal tahun 1800-an, apotek dan toko obat menjadi lebih menonjol di kota-kota dan desa-desa (Higby, 2003). Alasan yang mendukung pertumbuhan ini meliputi evolusi kedokteran dan farmasi yang menjadi profesi terpisah dan kebutuhan akan obat-obatan yang berkembang karena negara dan populasinya terus bertambah. Toko obat dikenal sebagai tempat untuk membeli obat. Praktik ini dialihfungsikan dan mulai menawarkan produk dan jasa kepada masyarakat yang membutuhkannya.

Di akhir 1800-an, apotek mulai menyediakan dan menjual lebih banyak produk yang dibuat oleh pabrik farmasi. Dengan perubahan ini, apotek memerlukan lebih sedikit ruang untuk produk-produk peracikan. Bagian peresepan pindah ke belakang toko, dengan bagian depannya terbuka untuk barang dagangan lain dan pembuatan minuman soda. Karena farmasis memiliki latar belakang dalam kimia serta berpengalaman mencampur dan memberi aroma, minuman soda menjadi sangat cocok untuk dijual di apotek. Meskipun minuman soda menarik pelanggan, peristiwa-peristiwa seperti gerakan pelarangan semakin meningkatkan popularitasnya. Kombinasi yang unik antara bagian peresepan, toko biasa, dan minuman soda menjadikan toko obat tersebut sebagai sebuah ikon budaya (Higby, 2003).

Praktik apotek komunitas mandiri berkembang dengan profesinya melalui perubahan pendidikannya di awal 1900-an, meningkatnya kompetisi karena pengembangan apotek jaringan dan penjualan grosir, dan menurunnya kebutuhan para dokter untuk meracik terkait dengan meningkatnya keberadaan obat-obat yang diproduksi secara massal. Pada 1950-an mengantarkan pada era "hitung dan tuang" dari praktik apotek: suatu peningkatan penting antibiotika dan obat-obat lain yang muncul di pasaran, meningkatnya jumlah resep yang dilayani, terbatasnya peran farmasis dalam perawatan pasien, dan meningkatnya waktu untuk bisnis apotek (Higby, 2003).

Tahun 1960-an menjadi saksi era baru yang mengubah wajah praktik apotek komunitas mandiri secara dramatis. Pemegang kebijakan membuat program Medicare dan Medicaid dan dilanjutkan dengan lahirnya program manfaat kefarmasian bagi masyarakat (Williams, 1998). Kejadian-

kejadian ini secara drastis mengubah praktik ekonomi dan apotek komunitas mandiri dengan mengenalkan pengaruh yang lebih besar dari pemerintah dan pihak pembayar swasta. Selama masa ini pula, profesi tersebut mulai menerapkan konsep farmasi klinis. Eugene White, seorang farmasis apotek komunitas mandiri, memperjuangkan praktik apotek profesional berorientasi-pasien dengan memberi contoh pengembangan profil obat pasien dan sebuah praktik berbasis kantor (Ukens, 1994). Publik, yang telah dipandang hanya sebagai pelanggan, kini diakui sebagai pasien (Higby, 2003).

Sepanjang tahun 1980-an, farmasis komunitas mulai menampakkan peran mereka dalam perawatan kesehatan sebagai pakar informasi obat dengan melebarkan jangkauan praktik mereka ke dalam wilayah perawatan pasien seperti konsultasi, perawatan kesehatan di rumah, dan perawatan jangka panjang. Farmasis apotek komunitas mandiri mulai menerima peran yang diperluas ini dan memperkuat hubungan antara farmasis-pasien dengan melanjutkan pemberian layanan yang bermutu tinggi dan pribadi kepada semua pasien.

Awalnya farmasi klinis memberikan landasan kerja untuk pergeseran menjadi era asuhan kefarmasian. Dengan perubahan yang bermakna di wilayah perundang-undangan (misalnya, Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 dan Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), penggantian biaya perawatan kesehatan (misalnya, meningkatnya *managed care*), dan jangkauan praktik (misalnya, program pengelolaan penyakit, program kesejahteraan, dan kesepakatan praktik kolaboratif antara farmasis dan dokter), praktik mandiri telah berubah dan berbeda guna memenuhi kebutuhan beragam pemain di lingkungan ini. Selain itu, farmasis apotek komunitas mandiri dituntut menjadi manajer yang lebih baik agar bisa bertahan di pasar yang kompetitif semacam itu.

Apotek Komunitas Masa Kini

Menurut berbagai lembaga, definisi yang pasti dari *apotek komunitas mandiri* berarti bahwa tidak lebih dari tiga apotek yang dimiliki dan dioperasikan oleh satu orang (Smith, 1986). Bahkan dengan definisi yang dibuat ini, organisasi lain telah memperluas jumlah apotek yang bisa dimiliki sampai sebanyak 11. Pemahaman yang lebih baik tentang pengertian apotek komunitas mandiri bisa didapatkan dari pandangan berbagai pihak.

Dalam suatu survei yang dilakukan oleh *Consumer Reports* (2003), lebih dari 85 persen pelanggan sangat puas atau cukup puas dengan pengalaman mereka di apotek komunitas mandiri. Artikel tersebut menggarisbawahi fakta bahwa para pelanggan menyatakan farmasis apotek komunitas mandiri mudah diakses, mudah didekati, dan mudah diajak berbicara

selain sangat mengetahui tentang obat-obat resep maupun non resep (Consumer Reports, 2003). Farmasis apotek komunitas mandiri juga diketahui menawarkan layanan perawatan pasien tambahan, seperti edukasi pengelolaan kondisi-sakit, pengecekan kesehatan, dan layanan khusus seperti peracikan.

Walaupun survei *Consumer Reports* memberikan pandangan dari persepsi pasien, perlu juga untuk mendapatkan pandangan dari apa yang dipikirkan para praktisi apotek komunitas mandiri. Salah satu keuntungan mendasar dari jenis praktik ini seringkali terkait dengan kontrol perorangan. Merujuk pada berbagai cara, misalnya "menjadi bos sendiri," "ingin melakukan segala sesuatu dengan cara saya" dan "selain pasien saya, saya hanya menjawab diri saya sendiri," masalah kontrol perorangan merupakan kekuatan pendorong bagi seseorang untuk menjadi pemilik. Faktor-faktor lainnya, seperti keterlibatan dan pengakuan di masyarakat serta motivasi pribadi, juga dipertimbangkan sebagai keuntungan dari lingkungan praktik ini (Smith, 1986). Salah satu kerugian utama dari apotek komunitas mandiri berkaitan dengan meningkatnya tanggung jawab yang ditanggung oleh pemilik: keuangan, legal, dan profesional. Karena apotek merupakan suatu bisnis, dalam

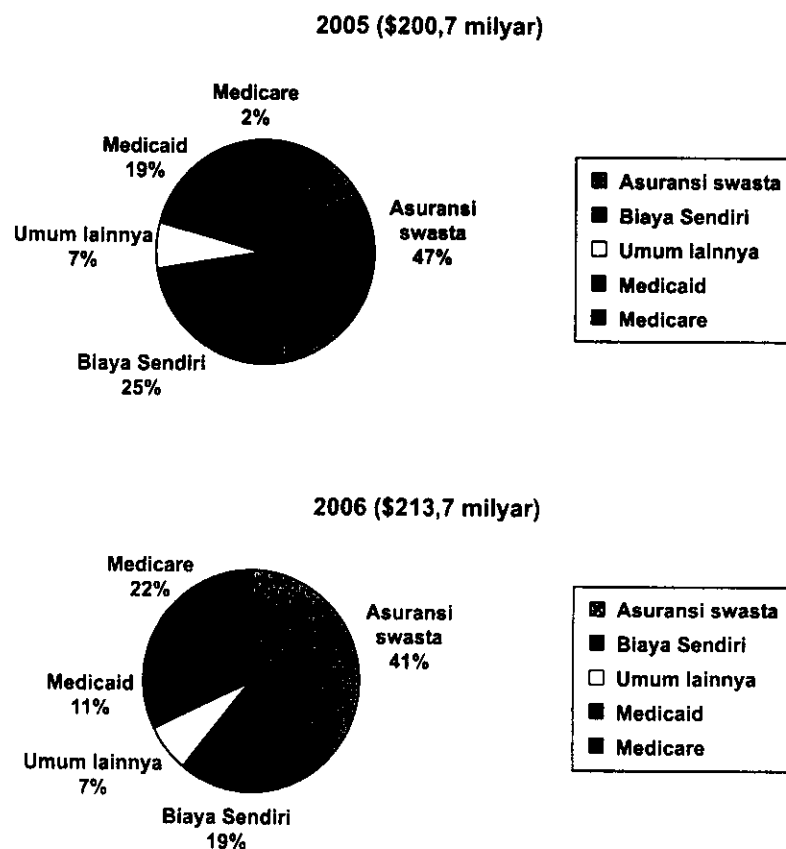
beberapa hal setiap orang (misalnya, pelanggan, karyawan, pembayar, dan pembuat kebijakan) merupakan "bos" dari apotek (Smith, 1986). Kerugian lainnya yang dapat dimasukkan adalah lamanya jam yang dibutuhkan oleh pemilik, terutama selama tahun-tahun pertumbuhan bisnis tersebut (Smith, 1986).

■ LINGKUNGAN APOTEK KOMUNITAS MANDIRI

Lingkungan Perawatan Kesehatan Menyeluruh

Apotek terus mengambil bagian yang lebih besar dari biaya perawatan kesehatan. Sesuai dengan proyeksi untuk tahun 2006, penggunaan obat-obatan yang diresepkan diperkirakan meningkat sedikit menjadi \$213 milyar (pertumbuhan 6,5 persen), mengikuti penurunan yang tetap menjadi pertumbuhan satu-digit sejak 2000 (CMS, 2007). Penggunaan obat-obatan diharapkan mencapai hampir \$500 miliar pada 2016 (Poisal et al., 2007).

Selama tahun 2003, penggantian biaya Medicaid merupakan salah satu pembayar terbaik program pihak



Gambar 32-1. Perubahan dalam hal pembayar dengan penerapan Medicare Part D.

ketiga untuk apotek komunitas mandiri. Selain itu, program Medicaid telah menjadi "laboratorium" aktif bagi proyek percontohan yang membayar upah farmasis apotek untuk mengelola kelompok-kelompok terapi pasien terpilih berdasarkan kondisi sakit mereka, seperti diabetes atau asma (English, 1998). Dengan terus berkembangnya biaya setiap program Medicaid negara bagian, perubahan tambahan akan terjadi dan memengaruhi aliran penghasilan apotek komunitas mandiri secara dramatis.

Medicare Modernization Act (MMA) tahun 2003 (CMS, 2005) memperkenalkan perubahan besar pada keseluruhan lingkungan perawatan kesehatan, dengan jutaan penerima manfaat yang berhak untuk program yang baru ini. Pemasukan perorangan ini dan peluang untuk penggantian obat yang diresepkan bisa ditunjukkan dengan melihat perubahan penggunaan obat-obat yang diresepkan oleh pembayar dari tahun 2005 sampai 2006 (Gb. 32-1) (CMS, 2005; Poisal et al., 2007). Medicare, sebagai pembayar, bertambah persentasenya dari 2 menjadi 22 persen dalam membayar obat-obat yang diresepkan, sedangkan Medicaid dan barang-barang di luar kantong belanja menurun. Meskipun telah diperkirakan bahwa Medicare Part D tidak akan banyak berdampak pada pertumbuhan persebaran obat di masa depan, dampak yang segera dalam berbagai area telah nyata dan akan berlangsung lama (Poisal et al., 2007).

Apotek/farmasis apotek komunitas mandiri merupakan profesional garis depan yang berhadapan dengan isu-isu menjelang dan setelah 2 Januari 2006—hari pertama penerapan Part D. Perubahan utama dalam struktur pembayaran untuk obat-obat yang diresepkan tersebut memiliki dampak yang nyata. Persiapan menuju "Hari Part D," ada kepedulian yang besar terkait keuntungan apotek dengan pergeseran dalam pembayar dan tarif penggantian biaya berikutnya (Ukens, 2006). Survei yang dilaksanakan pada Juli 2006 terhadap 500 apotek komunitas mandiri mengungkapkan bahwa 89 persen responden melaporkan memburuknya arus kas, 55 persen melaporkan bahwa mereka harus mendapatkan dana dari luar untuk menambah arus kas mereka, dan 33 persen mengaku mempertimbangkan untuk menutup apotek mereka (Edmonson, 2007). Faktor utama terkait dengan isu arus kas adalah lambatnya tarif penggantian biaya program Part D. Sebuah penelitian yang dilakukan pada tahun 2007 memastikan bahwa penggantian biaya pada apotek memang lambat (Medical News Today, 2007). Penelitiannya menemukan bahwa 50 persen klaim apotek dibayar lebih dari 30 hari setelah jatuh tempo dan lebih dari 17 persen mengalami penundaan sampai 60 hari (Sheppard, Richards, and Wigenar, 2007). Penundaan ini mengkhawatirkan mengingat apotek harus membayar pemasoknya setiap 2 minggu untuk mendapatkan keuntungan tambahan dan dalam 30 hari untuk menghindari penalti.

Lingkungan Apotek Internal

Suatu publikasi unik memberikan tolok ukur keuangan untuk apotek komunitas mandiri. *NCPA-Pfizer Digest* merupakan suatu survei tahunan yang mengompilasi dan merangkum data keuangan dari apotek komunitas mandiri di seluruh negeri (NCPA, 2007). Data dari 2 tahun terakhir *NCPA-Pfizer Digest* digunakan sebagai tolok ukur untuk menggambarkan apotek komunitas mandiri tertentu, seperti nampak pada Tabel 32-1. Umumnya, apotek komunitas mandiri memiliki volume penjualan lebih dari \$3,6 juta, yang 92 persen di antaranya langsung berasal dari penjualan dengan resep. Lebih dari 61.000 resep dilayani setiap tahunnya, 93 persen di antaranya dibayar oleh pihak ketiga; 15 persen oleh Medicaid, 24 persen oleh Medicare Bagian D, dan 52 persen oleh pembayar pihak ketiga lainnya.

Apotek komunitas mandiri telah memasukkan berbagai elemen teknologi ke dalam lingkungan praktiknya, termasuk perangkat lunak khusus yang bisa mengecek kesalahan obat, melayani dan memberi label pada setiap resep, dan bahkan proses-proses transaksi penjualan. Sarana-sarana tambahan telah berkembang sampai pada mesin pembuatan otomatis, alat peracik khusus dan perlengkapan pencampur intravena, serta perangkat lunak khusus yang dapat dipakai dalam pengelolaan pasien dengan penyakit tertentu seperti diabetes. Salah satu area perkembangan teknologi utama adalah persebaran elektronik. Kemampuan ini merujuk pada keterhubungan antara seorang dokter penulis resep dengan sebuah apotek, yang memungkinkan transmisi elektronik resep pasien dari si dokter ke apotek pilihan pasien. Tren ini relatif baru, terjadi selama 3 sampai 5 tahun terakhir. *NCPA-Pfizer Digest* tahun 2007 melaporkan bahwa 51 persen dari apotek partisipan terhubung dan mampu menerima resep elektronik, dengan jumlah resep yang diterima secara elektronik sebesar 1,9 persen (NCPA, 2007).

Apotek *NCPA-Pfizer Digest* tertentu menawarkan pada pasiennya sejumlah layanan khusus, termasuk hal berikut, tetapi tidak terbatas untuk itu saja, yaitu nutrisi, pengantaran, akun pembayaran pasien, peracikan, obat herbal, perbekalan farmasi untuk pasien dalam kondisi parah, dan alat-alat kesehatan yang tahan lama, serta penjadwalan janji dengan pasien dan berbicara di organisasi lokal (NCPA, 2007). Kecenderungan untuk menawarkan layanan khusus penyakit tertentu terus berkembang di apotek komunitas mandiri. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh National Institute for Pharmacist Care Outcomes (NIPCO), hampir 15.000 farmasis apotek telah menyelesaikan program manajemen penyakit yang terakreditasi oleh NIPCO sejak pembentukannya di tahun 1995 (NCPA, 2003b). Program yang paling sering ditawarkan adalah pemantauan tekanan darah, pelatihan diabetes, dan imunisasi (NCPA, 2007).

Karakteristik Apotek Komunitas Mandiri		
	2006 [†]	2007 [*]
Ukuran apotek total	46,3 m persegi	37,78 m
Area persepahan	10,2 m persegi	1,088 m
Volume resep (per tahun)	61.987 resep	61.071
Baru	23.889 (46%)	29.284 (48%)
Pengulangan	37.998 (54%)	31.787 (52%)
Tanggung jawab pihak ketiga	61%	67%
Medicaid	28%	28%
Medicare Bagian D	24%	Tak ada data
Program pihak ketiga lainnya	52%	59%
Jam dan hari/minggu buka	6 hari	6 hari
Total penjualan (100.0%)	\$3,612,000	\$3,745,000
Penjualan resep	92.7%	92.1%
Laba kotor	22.6%	26.6%
Total biaya	20.9%	19.9%
Laba bersih (sebelum pajak)	3.8%	3.7%
Biaya peracikan	\$10.53	\$10.53

*Berdasarkan NCPA-Pfizer Digest tahun 2007.

†Berdasarkan NCPA-Pfizer Digest tahun 2006.

Di samping layanan perawatan pasien, area lain yang telah diperluas oleh Medicare Bagian D adalah layanan dan program manajemen terapi obat (*medication therapy management*, MTM). Program MTM dirancang untuk memperbaiki penggunaan obat, meningkatkan keamanan pasien, dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap aturan pengobatannya (NCPA, 2007). Awalnya banyak program MTM ini yang ditawarkan di apotek komunitas mandiri tidak melibatkan layanan seorang farmasis; namun, kecenderungan ini telah berubah. NCPA-Pfizer Digest tahun 2007 melaporkan bahwa lebih dari 52 persen apotek komunitas mandiri menawarkan layanan MTM, dengan nilai rata-rata \$40, dan bahwa 48 persen farmasis menerima penggantian biaya sesuai Medicare Bagian D.

KARAKTERISTIK FARMASIS APOTEK KOMUNITAS MANDIRI

Apotek komunitas mandiri memberikan tempat yang unik untuk seorang farmasis. Peluang-peluang yang ada untuk menjadi pemilik dan menjalankan apotek, karyawan paruh-waktu yang tertarik untuk bersentuhan dengan praktik apotek komunitas, seorang wirausahawan dengan ide-ide untuk menciptakan tawaran-tawaran layanan baru bagi pasien, atau karyawan yang bekerja untuk pemilik/manajer. Di tempat ini, seseorang hanya dibatasi oleh imajinasinya. Jadi, dengan imajinasi ini di pikirannya, siapa yang memilih jalur karir di apotek komunitas mandiri?

Apakah seseorang tertarik dengan kepemilikan atau tidak, salah satu kunci karakteristik seorang farmasis di lingkungan praktik ini adalah pentingnya berinteraksi dengan orang. Apotek komunitas mandiri memberikan peluang yang besar kepada farmasis untuk membantu pasien. Keahlian mengatasi masalah penting bagi seorang farmasis, dan lingkungan ini memberikan tantangan tetap yang memerlukan keahlian tersebut. Karakteristik lain yang didukung oleh lingkungan mandiri ini adalah kemampuan untuk mengikuti perubahan, menghadapi resiko, dan beradaptasi dengan lingkungan yang berubah terus.

Penting untuk mengatasi stereotip yang memberikan konotasi negatif terhadap farmasis apotek komunitas mandiri. Dalam beberapa kasus, farmasis yang berorientasi-bisnis telah dipandang negatif. Selain itu, banyak orang yang tertarik pada praktik apotek komunitas mandiri telah dituduh secara keliru sebagai "Orang-orang yang hanya berbisnis untuk mencari uang," "Orang-orang yang sangat tidak klinis," dan "Orang-orang yang kurang profesional."

Berdasarkan gambaran tentang praktik apotek komunitas mandiri dan karakteristik dari orang-orang yang mengejar karirnya di sini, harus dibuat beberapa poin. Pertama, farmasis apotek komunitas mandiri berada di situasi yang sulit karena kebutuhan mereka untuk memiliki keahlian dalam bidang praktik apotek dan bisnis. Semua organisasi apotek harus tetap berbisnis agar mereka bisa menyediakan barang-barang, layanan, dan perawatan bagi pasien. Kedua, praktik apotek komunitas mandiri mewakili salah satu tempat perawatan kesehatan yang paling mudah dijangkau pasien. Karena

alasan inilah, terdapat sejumlah peluang klinis bagi farmasis untuk pengadaan perawatan pasien yang bermutu dan luaran pasien yang positif. Ketiga, farmasis apotek komunitas mandiri memberikan sumbangan terhadap segala aspek kesehatan masyarakat tidak hanya perawatan yang disediakan namun juga sumbangan terhadap kesehatan ekonomi dan umum masyarakat. Sebagai penyedia layanan kesehatan, apotek menambah bisnis yang stabil dalam struktur ekonomi daerah. Selain itu, melalui keterlibatan pemilik dan anggota staf lainnya dalam organisasi masyarakat, orang-orang ini berperan sebagai pemimpin relawan dalam kegiatan-kegiatan yang beragam mulai dewan pengurus sekolah dan rumah sakit sampai kantor-kantor terpilih.

Apotek Mandiri Saat Ini

Saat berkunjung ke salah satu dari 23.000 apotek komunitas mandiri di seluruh negeri, bisa dijumpai dua macam individu. Individu pertama lebih muda dari yang kedua. Farmasis ini memperoleh gelar doktor farmasi (Pharm.D.) dari suatu program terakreditasi. Ada kemungkinan orang ini menyelesaikan gelar MBA bersamaan dengan gelar farmasinya atau paling tidak punya kesempatan untuk mengambil kursus bisnis. Selama pendidikan profesionalnya, orang ini mengambil mata ajaran yang diperlukan yang membahas masalah-masalah seperti manajemen, pemasaran, dan ekonomi dalam praktek apotek. Jika tersedia di almahaternya, semua mata ajaran pilihan yang mengarah pada subyek yang beragam mulai manajemen apotek dan ekonomi sampai kewirausahaan dan kepemilikan juga akan diambilnya. Meskipun tidak dipersyaratkan, orang ini juga aktif di organisasi farmasi kampus. Setelah lulus, dia bisa jadi telah memperoleh pengalaman kerja di berbagai tempat praktik atau mungkin telah menyelesaikan residensi di apotek. Dia telah memperoleh beragam pengalaman dari tempat praktik kerja, yang bervariasi dari apotek komunitas mandiri sampai berbagai jabatan termasuk pengalaman di rumah sakit, apotek jaringan, dan area praktik khusus lainnya, seperti apotek yang melayani perawatan jangka panjang, terapi dengan infus di rumah, atau pun peracikan/*compounding*. Dia sedang dalam proses atau telah membuat layanan perawatan pasien spesialis, seperti program imunisasi atau program pemantauan khusus penyakit diabetes atau asma. Dia, bersama anggota staf lainnya, telah menerima sertifikasi dalam berbagai area spesialisasi ini.

Farmasis kedua telah menjadi pemilik selama lebih dari 15 tahun. Individu ini memiliki gelar sarjana. Kemungkinan besar, individu ini juga menyelesaikan kuliah yang berkaitan dengan manajemen dan kepemilikan. Individu ini bahkan telah mengambil satu atau dua mata ajaran dari sekolah bisnis. Individu ini memiliki latar belakang pengalaman praktik yang luas, sering kali terfokus pada praktik masyarakat.

Individu ini mungkin telah menghabiskan waktu bekerja di sebuah apotek jaringan, klinik rumah sakit, atau bahkan apotek komunitas mandiri lainnya sebelum mengejar praktik kepemilikannya sendiri. Individu ini mengelola staf farmasis, teknisi, juru tulis, personalia pengiriman, dan individu lainnya, seperti pembukuan, akuntan, pembantu paruh waktu, dan karyawan kontrak. Pemilik telah menjadi pembimbing dan telah menyediakan tempat untuk rotasi magang yang diakui oleh kampus negara bagian atau sekolah farmasi sejak membuka tokonya. Individu ini selalu merasa bahwa mahasiswa memberi apotek sebanyak yang diberikan apotek kepada mereka. Individu ini juga mungkin memiliki pengalaman pelatihan tambahan yang tersedia, seperti magang administratif atau program residensi komunitas. Selain itu, individu ini adalah anggota aktif dari beberapa kelompok-kelompok sipil dalam masyarakat, seperti Rotary dan Chamber of Commerce. Pemiliknya aktif secara politis, mengenal senator negara bagian dan federal, serta wakil-wakil dan menyuarakan kekhawatiran kepada mereka mengenai isu-isu yang berkaitan dengan praktik apotek komunitas mandiri. Pemiliknya mendukung berbagai kegiatan sekolah setempat, seperti berbicara pada hari karier dan mensponsori berbagai program. Apotek dapat mensponsori sedikit tim liga di musim panas dan tim bola basket di musim dingin. Pemilik mengenal pasien-pasiennya dan merawat beberapa generasi keluarga mereka. Dia terus berpartisipasi dalam berbagai program pelatihan bersertifikat dan telah menerapkan berbagai layanan khusus.

Jelas bahwa kedua individu tersebut menikmati pekerjaan mereka dari perspektif profesional, klinis, dan pribadi. Mereka menghargai kebebasan untuk merawat pasien mereka melalui berbagai layanan yang mereka sediakan. Pilihan karir itu memberikan mereka gaji yang dapat mendukung secara individu dan juga keluarga jika diperlukan. Mereka selalu belajar dan berkembang sebagai praktisi, manajer, dan wirausahawan. Untuk kedua individu tersebut, manajemen memainkan peranan penting dalam kehidupan mereka. Penerapan alat manajemen sangat penting bagi keberhasilan individu ini, serta keberhasilan apotek komunitas mandiri.

■ SKENARIO 2

Sue telah menjadi staf di Profesional Pharmacy selama 6 bulan. Dia mulai merasa nyaman dengan karyawan, pelanggan, dan jalan bisnisnya. Program imunisasi yang dibantunya saat masih mahasiswa terus tumbuh, kini menawarkan vaksinasi sepanjang tahun untuk influenza, difteri, dan tetanus, selain vaksin untuk perjalanan dan masa kanak-kanak.

Sue mulai menyadari bahwa sebagian besar populasi pasien Profesional Pharmacy menderita diabetes. Ketika ia belajar lebih banyak dengan berpartisipasi dalam program pendidikan berkelanjutan berkaitan dengan diabetes, Sue

mulai melihat peluang untuk meningkatkan layanan pasien yang dapat disediakan untuk populasi pasien yang spesifik ini. Dalam salah satu program pendidikan berkelanjutan yang dihadapinya, Sue belajar bagaimana membuat rencana bisnis untuk pengembangan pusat perawatan diabetes. Sue menciptakan rencana bisnis untuk sebuah layanan yang akan membantu pasien untuk mengetahui apakah mereka menderita diabetes, dan juga untuk membantu mendidik dan melatih penderita diabetes untuk merawat diri sendiri dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

■ KEWIRAUSAHAAN/INTRAPRENEURSHIP

Pada Skenario 2, Sue telah merumuskan ide, mengembangkan ide tersebut melalui pendidikan dan analisis, dan menciptakan sebuah rencana bisnis untuk menguji kekuatan ide tersebut. Proses yang dilalui Sue dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mengembangkan idenya telah menempa dirinya sebagai wirausahawan potensial (lihat Bab 31).

Sangat mudah untuk melihat mengapa sebagian besar pemilik usaha kecil, termasuk pemilik apotek komunitas mandiri, dikategorikan sebagai wirausahawan. Namun, ada lebih banyak hal diperlukan untuk menjadi seorang wirausahawan bukan sekadar mendirikan sebuah bisnis. Wirausahawan biasanya menunjukkan penerapan efektif sejumlah atribut pengusaha seperti kreativitas, inisiatif, berani mengambil risiko, kemampuan memecahkan masalah, dan otonomi serta seringkali akan menaruh risiko modal sendiri untuk mendirikan sebuah bisnis (Bloomsbury Publishing, 2002).

Sebelum pembahasan yang lebih deskriptif tentang ciri-ciri seorang wirausahawan, Skenario 2 harus dikaji ulang. Meskipun telah disarankan bahwa Sue bisa menjadi wirausahawan potensial, dia tidak benar-benar memulai bisnis. Dia adalah seorang karyawan Profesional Pharmacy, dan ide Sue akan memberikan peluang bisnis baru bagi apotek dan Mr. Burke, sang pemilik. Definisi yang lebih akurat dari Sue dalam skenario ini adalah sebagai intrapreneur. Seorang intrapreneur adalah seorang karyawan yang menggunakan pendekatan dari seorang wirausahawan dalam sebuah organisasi (Bloomsbury Publishing, 2002). Dengan makin tua dan berkembangnya sebuah bisnis, semangat kewirausahaan awal dapat berkurang. Intrapreneur sangat penting untuk setiap bisnis yang mapan karena mereka mempertanyakan pembentukan dan memberikan percikan internal untuk mengejar inovasi dan peluang baru.

Karakteristik Wirausahawan

Kewirausahaan adalah wilayah/area penelitian yang berkembang. Wilayah minat utamanya adalah dalam mengenali kombinasi karakteristik magis yang membuat wirausahawan

sukses. Telah diketahui lebih dari 40 ciri-ciri yang diyakini terkait dengan kewirausahaan. Lima dari ciri-ciri yang sering dikenal meliputi karakteristik berikut ini (Daft, 1994; Gartner, 1985):

- *Lokus internal kontrol.* Sebuah keyakinan oleh individu bahwa mereka mengendalikan masa depan mereka sendiri dan bahwa kekuatan-kekuatan eksternal lainnya akan mempunyai sedikit atau tidak ada pengaruh.
- *Kebutuhan pencapaian.* Sebuah kualitas manusia di mana orang termotivasi untuk berprestasi, sehingga mereka memilih situasi yang mereka akan ditantang tetapi terdapat kemungkinan untuk sukses.
- *Toleransi terhadap ambiguitas.* Karakteristik psikologis yang memungkinkan seseorang untuk tidak terganggu oleh kekacauan dan ketidakpastian.
- *Kecenderungan pengambilan risiko.* Kemungkinan menjadi pengambil risiko dalam keadaan apapun.
- *Faktor-faktor demografis.* Faktor-faktor ini berfokus pada sejumlah karakteristik, termasuk pengalaman kerja masa lalu (pengalaman dalam lingkungan mandiri mendukung kecenderungan berwirausaha), kewirausahaan orang tua (lebih cenderung menjadi wirausahawan jika orangtuanya juga), dan umur (kebanyakan bisnis diluncurkan antara usia 25 dan 40).

■ PELUANG BERWIRAUSAHA DI APOTEK KOMUNITAS MANDIRI

Sejarah apotek komunitas mandiri memberikan contoh yang banyak tentang kewirausahaan. Praktisi mandiri adalah beberapa di antara orang-orang yang pertama menyediakan dan menggunakan (Gumbhir, 1996)

- Profil pengobatan pasien lengkap
- Nutrisi parenteral total
- Pengiriman produk dan perawatan ke penjara dan fasilitas perawatan jangka panjang
- Layanan infus di rumah
- Apotek veteriner
- Layanan peracikan spesial

Di pasar saat ini, peluang kewirausahaan ada di mana-mana. Individu hanya dibatasi oleh imajinasi mereka dalam mengembangkan layanan baru atau inovasi lain. Perhatian terbesar untuk setiap bisnis adalah kemampuan untuk menjaga semangat kewirausahaan hidup. Untuk melanjutkan semangat itu, pemilik/manajer harus menciptakan iklim yang akan mendukung dan mendorong para wirausahawan serta intrapreneur di apotek. Beberapa aturan yang dapat digunakan dalam menciptakan iklim di apotek meliputi

(1) mendorong tindakan, (2) menoleransi kegagalan dan digunakan sebagai contoh pembelajaran, (3) persisten dalam mendapatkan ide untuk pasar, (4) menggunakan pertemuan informal untuk menyediakan kesempatan untuk berbagi ide, (5) memberikan tantangan dengan staf untuk membantu memecahkan masalah situasi tertentu, dan (6) imbalan dan/atau mempromosikan personel inovatif (Daft, 1994).

■ SKENARIO 3

Sue mencintai pekerjaannya. Selama 3 tahun bekerja di Profesional Pharmacy, ia telah mengembangkan layanan perawatan pasien di bidang seperti imunisasi dan osteoporosis, membuat program pengelolaan penyakit diabetes, dan berhasil memasarkan layanan apotek ke penyedia layanan kesehatan lainnya di kota. Dia punya hubungan sangat baik dengan Tn. Burke, si pemilik, dan benar-benar menikmati kebersamaan dengan orang-orang yang bekerja dengannya dan pasien yang dirawatnya untuk di apotek. Meskipun dia senang dengan keberhasilannya, ia juga mulai mendeteksi munculnya beberapa kendala. Tn. Burke telah sangat mendukung ide-idenya, dan bahkan ketika Tn. Burke tidak setuju, beliau secara hati-hati menjelaskan posisinya terhadap ide tersebut. Selama tahun lalu, Sue telah menjadi lebih terlibat dalam bidang peracikan khusus. Dokter kulit baru belakangan ini pindah ke daerahnya, dan dalam salah satu kunjungan "penjualan" Sue ke Kelompok Dokter Midtown, ia mencetuskan sebuah percakapan yang telah berevolusi menjadi arus resep untuk salep dan krim "khusus" dokter tersebut. Mr Burke, meskipun menghargai bisnis baru tersebut, tidak tertarik dalam ekspansi apotek dengan menggabungkan teknologi tambahan untuk digunakan dalam peracikan produk khusus. Sue telah berpikir sangat banyak tentang potensi layanan seperti itu sampai-sampai ia membuat rancangan kasar rencana bisnis pada suatu malam ketika dia tidak bisa tidur. Sue percaya bahwa ini adalah pasar lokal utama yang akan dimanfaatkan, tetapi dia tahu bahwa Tn. Burke tidak ingin terlibat dalam usaha ini. Jika dia adalah bosnya sendiri, dia bisa mengarahkan bisnisnya ke arah yang menurutnya cocok. "Hmmm," ia berpikir, "seharusnya ide ini disimpan untuk sementara waktu, atau apakah ini waktunya untuk melihat potensinya memiliki bisnis sendiri?"

■ KEPEMILIKAN APOTEK KOMUNITAS MANDIRI

Walaupun bekerja pada seorang pemilik apotek komunitas mandiri bisa menjadi pengalaman yang sangat memuaskan bagi banyak orang, salah satu aspek yang paling menarik dari apotek komunitas mandiri adalah kesempatan untuk memiliki apotek. Minat kepemilikan telah mencapai puncaknya dan menyusut selama 30 tahun terakhir. Penurunan jumlah

apotek komunitas mandiri yang nyata terjadi antara tahun 1990 dan 1997 (NACDS, 2003). Dari akhir 1990-an hingga 2005, jumlah praktik mandiri telah menjadi sekitar 24.000 tempat. Namun, 2006 menandai penurunan pertama apotek komunitas mandiri selama lebih dari 5 tahun, dan bahkan dengan itu, kelompok ini mewakili 40 persen dari semua ritel farmasi di Amerika Serikat (NCPA, 2007).

Beberapa alasan utama ingin masuk ke bisnis meliputi manajemen diri, kebebasan kreativitas, dan kemandirian finansial (SBA, 2003a). Alasan lain meliputi (1) tidak harus memberi jawaban pada orang lain tentang fokus dari apotek, (2) diakui dan memainkan peran penting dalam bisnis dan kebutuhan perawatan kesehatan masyarakat, (3) mencapai tingkat pemenuhan diri dan kebanggaan, dan (4) melanjutkan warisan kepemilikan apotek yang didirikan oleh keluarga dan/atau mentor (Smith, 1986, 1996). Setiap individu yang mengejar kepemilikan didorong oleh alasan sendiri. Begitu keputusan untuk memiliki apotek telah dibuat, calon pemilik harus melakukan hal berikut: mengidentifikasi adanya apotek yang akan dijual atau lokasi yang cocok untuk apotek baru, menentukan harga pembelian yang memuaskan, mengevaluasi dan menentukan kebutuhan modal, dan menyelidiki serta memilih sumber modal terbaik (Gagnon, 1996). Dia harus menentukan apakah akan memulai praktik mandiri baru atau membeli apotek yang sudah mapan.

Opsi 1: Mulai dari Awal

Sue bertekad meneruskan idenya untuk menciptakan sebuah layanan peracikan khusus. Setelah diskusinya dengan Tn. Burke mengonfirmasi kurangnya minat beliau terhadap ide tersebut, sue menyadari bahwa ia memiliki dua pilihan: Menemukan apotek lain yang akan tertarik untuk meneruskan layanan khusus ini atau memulai bisnisnya sendiri. Sue memutuskan bahwa sebaik apapun hal-hal yang telah didapatkannya di Professional Pharmacy, inilah waktu yang tepat untuk memulai bisnisnya sendiri.

Tindakan memulai praktik apotek komunitas mandiri yang baru dalam masyarakat tertentu melalui riwayat yang panjang dan penuh. Seperti disebutkan sebelumnya, apotek baru berdiri karena berbagai alasan, mulai dari menyokong kebutuhan perawatan kesehatan bagi populasi pasien tertentu yang belum terpenuhi sampai mengambil keuntungan dari sebuah peluang bisnis yang berpotensi menguntungkan. Memulai apotek baru, seperti halnya bisnis apa pun, membutuhkan perencanaan yang matang.

Sejumlah keuntungan yang berbeda tersedia untuk seorang pemilik yang membuka sebuah apotek komunitas mandiri baru. Kesempatan untuk memilih dan membeli tiap-tiap barang dari usaha baru ini, seperti perlengkapan tetap, peralatan, dan persediaan, adalah keuntungan besar. Juga, merekrut personil Anda sendiri, menemukan lokasi yang

bagus, menciptakan kebijakan dan prosedur yang sehat, dan menghindari pembayaran aset tidak berwujud merupakan keuntungan tambahan.

Salah satu aset tidak berwujud yang memerlukan perhatian lebih lanjut adalah *goodwill*. Menurut definisi, *goodwill* merupakan aset tidak berwujud sebuah perusahaan yang meliputi faktor-faktor, seperti reputasi, langganan berkelanjutan, dan keahlian, yang harus dibayar mahal oleh seorang pembeli dari perusahaan (Bloomsbury Publishing, 2002). Untuk apotek komunitas mandiri, faktor-faktor spesifik yang berkontribusi terhadap *goodwill* termasuk berkas resep dan piutang (Smith, 1996). Karena *goodwill* terkait dengan keuntungan apotek, metode yang paling sering digunakan untuk memperkirakan *goodwill* adalah beberapa kelipatan laba bersih tahunan. Laba bersih tahun terbaru umumnya dianggap sebagai harga minimum untuk *goodwill*, sedangkan nilai umum untuk *goodwill* adalah diperkirakan pada 1 sampai 2 tahun dari laba bersih (Smith, 1996; Jackson, 2002).

Jika usaha ini tidak direncanakan dengan hati-hati, keuntungan membuka apotek baru dapat berubah menjadi kerugian. Ada lebih besar jumlah risiko yang harus diasumsikan oleh pemilik dan meningkatnya kesempatan mengalami kejadian tidak terduga. Yang jelas, jeda waktu antara memulai dan memperoleh keuntungan cenderung lebih panjang. Selain itu, tantangan untuk mengamankan modal adalah salah satu yang berat.

Bagaimana Cara Memulai

Seseorang yang tertarik untuk memulai bisnis baru dapat menemukan sejumlah besar buku mengenai topik ini. Meskipun ada beberapa buku yang secara khusus berkaitan dengan pembukaan apotek, topik umum yang tercakup dalam pustaka pengembangan bisnis baru berkaitan dengan jenis usaha apapun. Bagian ini menawarkan daftar langkah-langkah yang dapat diikuti untuk menjadi pemilik apotek komunitas mandiri:

1. Tentukan jenis apoteknya.
2. Nilai pasar potensialnya.
3. Kembangkan rencana bisnis yang terperinci.
4. Tentukan struktur organisasinya.
5. Identifikasi pilihan-pilihan pembiayaan.
6. Pilih lokasi.
7. Peroleh lisensi, izin, dan asuransi.
8. Kembangkan rencana pemasaran dan promosi.
9. Tetapkan filosofi manajemen bisnis.

Tentukan Jenis Apotek

Pertanyaan ini hanya dapat dijawab oleh calon pemilik. Meskipun tampaknya pertanyaan yang sangat sederhana,

jawabannya cukup membutuhkan perenungan. Seperti dalam kasus Sue, kebanyakan orang memiliki ide umum mengenai jenis bisnis apa yang mereka ingin mulai. Untuk Sue, sebuah apotek khusus peracikan adalah keinginannya. Sekarang Sue harus mulai mengevaluasi idenya secara menyeluruh dengan memecahkan pertanyaan-pertanyaan seperti

- Produk dan jasa apa yang akan saya jual?
- Atas dasar apa saya akan memperoleh pelanggan saya?
- Keterampilan apa yang saya bawa ke bisnis ini?
- Di mana saya harus berada?
- Apakah saya akan punya pesaing?

Menilai Potensi Pasar

Berdasarkan evaluasinya tentang jenis apotek yang akan dia buka, Sue telah memutuskan bahwa dia akan memulai bisnis resep peracikan dalam masyarakat di tempat tinggalnya kini. Dia telah memiliki banyak pelatihan khusus dalam bidang ini dan percaya bahwa ada kebutuhan untuk jenis apotek ini di masyarakat. Sekarang ia harus menilai potensi pasar.

Seperti yang dijelaskan dalam Bab 24, Sue harus melakukan penilaian pasar yang lengkap dari daerah tempat ia berencana untuk membuka apotek. Beberapa pertanyaan yang perlu dijawab mencakup

- Apa basis pelanggan potensialnya?
- Berapa banyak dokter di wilayah tersebut? Berapa banyak spesialis?
- Bagaimana pesaingnya? Apotek lain? Bisnis lain?

Mengembangkan Rencana Bisnis Terperinci

Adalah penting bahwa rencana itu telah dipikirkan dengan baik dan bahwa pemeriksaan menyeluruh telah dilakukan untuk menghilangkan sebanyak mungkin ketidakpastian saat memulai sebuah apotek baru (lihat Bab 4).

Menentukan Struktur Bisnis Apotek

Keputusan mengenai struktur hukum apotek harus dilakukan cukup awal dalam tahap pengembangan bisnis. Menentukan struktur hukum apotek sangat penting bagi keberhasilan keseluruhan bisnis. Setiap usaha bisnis adalah unik, dan tidak ada satu struktur kepemilikan yang cocok untuk segala situasi. Calon pemilik harus berkonsultasi dengan seorang akuntan dan seorang pengacara untuk membantu memilih struktur kepemilikan yang paling cocok untuk memenuhi kebutuhannya.

Secara umum, tiga struktur hukum yang tersedia untuk pemilik apotek: kepemilikan tunggal, kemitraan, dan korporasi. Tabel 32-2 mengidentifikasi beberapa karakteristik unik dari tiap-tiap struktur hukum (Anthony, 2003a; SBA, 2003a, 2003b; Tootelian dan Gaedeke, 1993).

Bentuk Struktur Bisnis			Tipe		
Keuntungan	Kemampuan	Keuntungan	Korporasi S	Korporasi C	PPT
Tidak ada	Dua atau lebih	Tidak ada	Tidak lebih dari 75 pemegang saham	Tidak terbatas	Tidak ada maksimum, 1 orang PPT diperbolehkan di kebanyakan negara bagian
Tidak terbatas	Tidak terbatas	Tidak terbatas	Membatasi tanggung jawab pribadi sesuai jumlah yang diinvestasikan untuk batas aset perusahaan	Membatasi tanggung jawab pribadi sesuai jumlah yang diinvestasikan untuk batas aset perusahaan	Membatasi tanggung jawab pribadi ke jumlah yang diinvestasikan
Membayar pajak atas laba pribadi	Membayar pajak atas laba pribadi	Keuntungan dibagi di antara mitra; individu harus membayar pajak	Keuntungan mengalir kepada para pemegang saham; individu membayar pajak	Perusahaan membayar pajak atas laba; pemegang saham membayar dividen	Keuntungan mengalir kepada anggota; individu membayar pajak
Ya	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya
Membatasi jumlah saham	Membatasi jumlah saham	Membatasi jumlah saham	Membatasi jumlah saham	Bisa dipindah tanggalkan secara total	Umumnya satu persediaan dan semua pemilik

KEPEMILIKAN TUNGGAL. Ini adalah bentuk kepemilikan paling sederhana karena bisnis ini dimiliki oleh satu individu. Pemilik tunggal memiliki semua aset, menerima semua keuntungan, dan bertanggung jawab untuk semua aspek bisnis. Meskipun pemilik menerima semua keuntungan yang dihasilkan dari bisnis, tidak juga ada perbedaan hukum antara bisnis dan pemilik, membuat pemilik sepenuhnya bertanggung jawab atas kewajiban dan utang. Bentuk kepemilikan ini sangat ideal untuk memulai sebuah bisnis (Anthony, 2003b). Namun, dengan tumbuhnya sebuah bisnis, ada bentuk-bentuk kepemilikan lain yang memberikan keamanan lebih kepada pemilik dan bisnisnya.

KEMITRAAN. Berdasarkan definisi Uniform Partnership Act, kemitraan merupakan sebuah asosiasi dari dua orang atau lebih untuk menjalankan suatu bisnis sebagai pemilik bersama guna mendapatkan keuntungan (Tootelian dan Gaedeke, 1993). Meski tampak mudah, kemitraan memiliki potensi untuk menjadi kompleks. Oleh karena itu, sangat disarankan untuk dibuat kesepakatan hukum tertulis antara para mitra. Perjanjian, juga disebut sebagai pasal kemitraan,

sebaiknya mencakup garis besar isu-isu, namun tidak terbatas pada, pembagian keuntungan, keputusan bisnis, penyelesaian sengketa, penambahan mitra, dan membubarkan kemitraan.

Ada dua jenis kemitraan untuk dipertimbangkan: umum dan terbatas. *Kemitraan umum* melibatkan semua mitra untuk membagi tanggung jawab atas pengelolaan dan tanggung jawab, serta keuntungan atau kerugian (Tootelian dan Gaedeke, 1993). Selain itu, mitra secara bersama-sama dan sendiri-sendiri bertanggung jawab atas tindakan satu sama lain. Walaupun hal ini biasanya dianggap sebagai bentuk kepemilikan yang paling tidak menguntungkan, kemitraan bisa lebih kurang rumit daripada sebuah perusahaan. Misalnya, gaji tidak diperlukan untuk para mitra dalam hubungan ini, dan ini mengurangi dokumen kerja dan manfaat pajak yang serupa dengan pemilik tunggal (Anthony, 2003c). *Kemitraan terbatas* terdiri dari setidaknya satu mitra umum dan satu atau lebih mitra "terbatas" (Tootelian dan Gaedeke, 1993). *Mitra terbatas* adalah individu-individu yang memberikan modal untuk usaha, tetapi bertanggung jawab hanya untuk jumlah investasi mereka. Individu ini tidak terlibat dalam keputusan pengelolaan atau masalah-masalah operasional bisnis.

KORPORASI. Korporasi adalah bisnis yang disewa oleh negara dan secara legal beroperasi sebagai entitas yang terpisah dari pemiliknya. Mahkamah Agung mendefinisikan korporasi pada tahun 1819 sebagai, "Sesuatu yang imitasi/buatan, tidak kelihatan, tidak berwujud, dan hanya ada dalam kontemplasi hukum" (Tootelian dan Gaedeke, 1993). Ini berarti bahwa sebuah korporasi dapat digugat, dikenai pajak, memiliki harta, dan masuk ke dalam perjanjian kontrak, sedangkan pemilik perusahaan, para pemegang saham, dilindungi dari tanggung jawab. Para pemegang saham memilih dewan direksi untuk mengawasi entitas dan mengadopsi peraturan untuk mengatur korporasi selama keberadaannya.

Meskipun menggabungkan bisnis seperti langkah yang bagus berkaitan dengan terbatasnya kewajiban pribadi yang dialami oleh pemilik, terdapat juga kekurangannya. Kompleksitas korporasi memerlukan banyak waktu dan uang untuk memulai dan menjalankan organisasi seperti itu. Berdasarkan struktur ini, beroperasi sesuai dengan pemerintah lokal, negara bagian, dan federal dapat mengakibatkan pengenaan pajak yang lebih tinggi dan memerlukan sumber daya tambahan.

Ada tiga bentuk perusahaan yang sebagian besar bisnis menggunakan: korporasi S, korporasi C, dan perusahaan

perseroan terbatas (PPT) (Tabel 32-3). Lebih dari 82 persen rata-rata apotek *NCPA-Pfizer Digest* mengidentifikasi struktur mereka sebagai sebuah korporasi, dengan sekitar 25 persen apotek di antaranya lebih lanjut menyebut diri mereka sebagai korporasi S (NCPA, 2002). Secara keseluruhan, tren PPT belakangan ini terjadi karena bentuk perusahaan ini relatif baru.

Identifikasi Pilihan Pembiayaan

Setelah rencana bisnis telah digariskan dan struktur organisasi telah dipilih, langkah berikutnya untuk segera menjadi pemilik adalah pembiayaan apotek. Beberapa pertanyaan yang harus diselesaikan meliputi:

- Apakah kebutuhan keuangan untuk usaha ini?
- Jenis pembiayaan apa yang terbaik untuk situasi tertentu?
- Ke mana bisa mendapatkan modal untuk usaha seperti ini?

KEBUTUHAN FINANSIAL. Setiap bisnis memiliki kebutuhan keuangan. Kebutuhan ini bervariasi sesuai dengan jenis dan sifat individualistik tiap-tiap bisnis. Sebuah apotek

Rangkuman Tipe Perusahaan

Tipe Perusahaan	Keuntungan	Kewajiban
Korporasi S	<ul style="list-style-type: none"> • Keuntungan perusahaan tidak dikenakan pajak pada pemegang saham • Tidak ada pajak perusahaan • Pemegang saham tidak bertanggung jawab atas utang perusahaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kewajiban perusahaan tidak dapat dihindarkan oleh pemegang saham • Pemegang saham bertanggung jawab atas utang perusahaan
Korporasi C	<ul style="list-style-type: none"> • Keuntungan perusahaan dikenakan pajak pada perusahaan • Keuntungan perusahaan dikenakan pajak pada pemegang saham • Pemegang saham tidak bertanggung jawab atas utang perusahaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kewajiban perusahaan tidak dapat dihindarkan oleh pemegang saham • Pemegang saham bertanggung jawab atas utang perusahaan
PPT	<ul style="list-style-type: none"> • Pemilik (anggota) menanggung tanggung jawab terbatas sebagaimana dengan perusahaan • Seperti dengan kemitraan, perusahaan tidak dikenakan pajak pada pemilik • PPT satu orang diperlakukan sebagai pemilik tunggal • Secara umum, terdapat lebih sedikit pembatasan dan lebih banyak fleksibilitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemilik (anggota) menanggung tanggung jawab terbatas sebagaimana dengan perusahaan • Pemilik (anggota) bertanggung jawab atas utang perusahaan • PPT satu orang diperlakukan sebagai pemilik tunggal • Secara umum, terdapat lebih sedikit pembatasan dan lebih banyak fleksibilitas

Sumber: Anthony, 2003d, 2003e, 2003f.

yang berlokasi di daerah perkotaan akan mempunyai kebutuhan keuangan yang berbeda dengan apotek yang berlokasi di daerah pedesaan. Pembeli harus memahami kebutuhan usaha bisnis. Kebutuhan keuangan ini merujuk kepada modal. *Modal* adalah kekayaan, dalam bentuk uang tunai, peralatan, properti, atau kombinasi dari faktor-faktor ini, yang dapat digunakan dalam produksi atau penciptaan pendapatan (Kelly, 1996).

Ada tiga bidang kebutuhan modal: modal pembentukan, modal awal, dan modal operasional (Tootelian dan Gaedeke, 1993). Setiap area mewakili periode waktu dalam kehidupan bisnis selama kegiatan tertentu yang membutuhkan modal yang dilakukan.

Mendirikan sebuah apotek, apakah memulai baru atau membuat perubahan pada bisnis yang sudah ada, sering membutuhkan cukup banyak modal. Kegiatan yang mewakili pengeluaran terbesar modal awal fokus pada aspek fisik bisnis. Penataulangan dan renovasi apotek, pembelian perlengkapan tetap dan peralatan, menyelesaikan deposit sewa bangunan jika tidak dimiliki secara langsung, dan pembelian persediaan awal, barang dagangan untuk resep dan nonresep, adalah sumber utama pengeluaran modal. Sebagian besar kegiatan-kegiatan lain di area memulai bisnis lebih berhubungan dengan dokumen dan perhatian terhadap detail. Kegiatan tersebut meliputi asuransi dan utilitas prabayar, mendapatkan lisensi dan perizinan yang sesuai, dan menutupi biaya profesional dari menyewa penasihat (misalnya, pengacara dan akuntan).

JENIS PEMBIAYAAN. Setelah mengidentifikasi sejumlah kebutuhan keuangan yang muncul karena pembelian apotek, langkah berikutnya adalah mengidentifikasi jenis dana yang tersedia. Tiga jenis utama pembiayaan akan dibahas: pribadi, utang, dan ekuitas.

Pembiayaan pribadi hanya apa yang terdengar seperti, penggunaan dana pribadi untuk membiayai pembelian apotek. Hal ini tidak berbeda dengan menabung uang untuk pembelian sepeda dan mobil yang pertama, atau bahkan untuk dana pensiun; tabungan pribadi adalah jenis pendanaan penting. Jenis dana ini merupakan sumber pendanaan terbaik pembeli karena tanpa atau pengembalian biaya, jumlahnya tidak terbatas, dan relatif mudah digunakan, sedangkan satu-satunya penghalang adalah adanya resiko kerugian (SBA, 2003a). Namun, dalam banyak kasus, pembeli akan memerlukan dana tambahan untuk pembelian, persiapan, permulaan, atau operasional dari apotek.

Jenis umum dana untuk apotek adalah pembiayaan utang. *Pembiayaan utang* dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang bernilai seperti uang yang dipinjam dengan bunga selama jangka waktu tertentu (Kelly, 1996). Pembiayaan utang menyediakan keuntungan bagi pembeli dengan membiarkan dia untuk meminjam modal yang diperlukan tanpa harus berbagi salah satu keuntungan dengan pemberi pinjaman dan

tetap mengontrol pengelolaan apotek. Kerugian pembiayaan utang menyoroti fakta bahwa jika ada sesuatu yang dipinjam, sesuatu itu harus dikembalikan. Pinjaman harus dibayar kembali, dengan besaran bunga tertentu, selama periode waktu tertentu. Selain itu, jumlah utang yang dikeluarkan dibatasi oleh nilai aset dan catatan pendapatan peminjam (Tootelian dan Gaedeke, 1993). Pembiayaan utang dapat terdiri dari salah satu atau kombinasi dari strategi jangka pendek dan panjang (lihat Bab 18).

Jenis pembiayaan yang lebih jarang, *pembiayaan ekuitas* terjadi ketika pembeli berbagi kepemilikan dengan investor yang menyumbangkan dana. Level kepemilikan investor ini mempunyai berbagai derajat keterlibatan dalam pengelolaan bisnis. Tergantung pada struktur apotek, investor dapat diakui sebagai apapun mulai dari seorang mitra sampai pemegang saham dalam bisnis. Keuntungan pembiayaan ekuitas adalah berpeluang mengurangi utang yang harus dibayar kembali pada skala tertentu. Bergantung pada kesehatan fiskal bisnis, mitra atau pemegang saham mungkin menerima atau tidak menerima dividen yang dibayarkan. Kerugian yang signifikan adalah bahwa kepemilikan apotek terbagi di antara kelompok individu yang lebih besar, sehingga mengurangi kemampuan pengambilan keputusan pemilik (Tootelian dan Gaedeke, 1993). Kebanyakan usaha kecil, seperti apotek, tidak dapat menarik banyak dana dengan cara ini karena risiko untuk mempertahankan usaha kecil.

SUMBER PEMBIAYAAN. Bank bukan satu-satunya sumber untuk mendapatkan modal. Bahkan, mendirikan sebuah apotek komunitas mandiri yang sama sekali baru mungkin tidak menarik bagi bank. Bank melihat pembelian apotek yang mapan sebagai sesuatu yang kurang berisiko, tetapi tidak ada jaminan mendapatkan pinjaman.

Pilihan sumber pendanaan penting untuk masa depan usaha bisnis dan harus dibuat dengan hati-hati. Pembeli harus benar-benar mempertimbangkan pilihan mengenai jenis-jenis pembiayaan dan persyaratan tertentu yang disediakan oleh tiap-tiap sumber pendanaan. Tabel 32-4 menyediakan daftar singkat pemberi pinjaman potensial (Kelly, 1996; SBA, 2003a; Tootelian dan Gaedeke, 1993).

Memilih Lokasi

Mantra yang akrab didengar Sue terdiri dari tiga kata: Lokasi! Lokasi! Lokasi! Pemilihan wilayah perdagangan, serta lokasi fisik sebenarnya dari apotek, adalah faktor utama dalam menentukan keberhasilan bisnis. Sue telah memasukkan ide lokasi ke dalam proses perencanaan dengan menentukan jenis apotek yang ingin dimulainya dan dalam melakukan analisis pasar.

Sue harus mengevaluasi lokasi apoteknya secara menyeluruh berkenaan dengan populasi, pelanggan potensial, persaingan, ketersediaan dokter, dan kecenderungan

Sumber Modal Potensial untuk Pembiayaan Usaha Apotek Baru atau yang Sudah Jalan

Jenis	Sumber	Positif	Negatif
Tabungan pribadi	Pribadi	Mudah, murah	Risiko kehilangan
Keluarga	Pribadi, utang, atau ekuitas	Fleksibel	Dapat menyebabkan masalah
Teman	Pribadi, utang, atau ekuitas	Fleksibel, biasanya rajunya bagus	Masalah
Lembaga Pemberi	Pribadi	Dibagikan tunai	Sedikit, kompetitif, terbatas penggunaannya
Kartu kredit	Utang	Mudah memenuhi syarat tanpa jaminan	Jumlah kecil, bunga tinggi
Bank/tabungan & pinjaman	Utang	Sumber utang paling umum	Paling sulit untuk memenuhi syarat
Perusahaan pembiayaan komersial	Utang	Alternatif yang lebih fleksibel dibanding bank	Lebih mahal, agunan lebih penting
Perusahaan pembiayaan konsumen	Utang	Pinjaman pribadi atau pinjaman untuk usaha, tidak ada pembatasan penggunaan dana	Bunga tinggi, agunan pribadi, bukan bisnis
Grosir/pemasok	Utang	Batas kredit, kadang-kadang pinjaman	Syarat dan ketentuan, persyaratan untuk digunakan sebagai grosir/pemasok
Asosiasi bisnis kecil	Utang	Waktu pelunasan utang terpanjang	Kompleks dan proses yang kompetitif
Kapitalis ventura	Ekuitas	Bisa jumlah besar	Sulit untuk menemukan, kepemilikan saham

Sumber: Tootelian dan Gaedeke, 1993; Kelly, 1996; SBA, 2003a.

masyarakat mulai dari kesehatan umum sampai masalah-masalah ekonomi (Kelly, 1996). Untuk membantu Sue dalam menyelesaikan tugas ini, sejumlah sumber informasi tersedia untuk membantu menganalisis lokasi apoteknya, termasuk, namun tidak terbatas pada, perpustakaan umum; perusahaan perumahan; perusahaan utilitas; dokumen dan situs Web lokal, negara bagian, dan federal; kantor Small Business Administration (SBA) negara dan nasional; dan survei, wawancara, atau *traffic count* yang dilakukan secara individual atau kontrak. Sue juga mengingatkan berkali-kali bahwa ini adalah sebuah proses yang akan memakan waktu dan kerja keras. Dia seharusnya tidak bergantung hanya pada informasi yang diberikan komputer. Dengan menempatkan dalam pekerjaan di ujung depan, langkah berikutnya akan lancar.

Mendapatkan Lisensi, Perizinan, dan Asuransi

Sebagai pemilik apotek baru ini, Sue akan harus mendapatkan izin khusus dan izin untuk beroperasi. Meskipun undang-undang zonasi lokal, izin bangunan dan standar kesehatan, kebakaran, serta kepolisian yang ditetapkan merupakan persyaratan yang harus dipenuhi oleh semua perusahaan di komunitas tertentu, Sue juga harus memastikan kepatuhan dengan berbagai peraturan negara bagian dan federal yang berkaitan secara khusus untuk apotek (NABP, 2007; Tootelian dan Gaedeke, 1993). Asuransi sangat penting bagi apotek. Sue harus mencari seorang agen asuransi untuk

membantu membuat *plan* asuransi yang komprehensif yang menanggung kejadian mulai dari bencana alam dan kecelakaan fisik untuk kesehatan karyawan dan kompensasi pekerja. Selain itu, asuransi liabilitas profesional untuk Sue, anggota staf profesional, dan bisnis harus diperiksa dan diperoleh.

Mengembangkan Rencana Pemasaran dan Promosi

Bagaimana Sue akan menginformasikan kepada masyarakat tentang apotek barunya dan layanan inovatif yang akan ia tawarkan? Dengan menggunakan teknik dan alat yang disediakan dalam Bab 21, Sue akan mampu mengembangkan rencana pemasaran tertentu untuk mendidik masyarakat. Melalui penggunaan media lokal seperti koran, radio, televisi, dan sponsor situs Web lokal, Sue akan dapat menjalankan sebuah rencana promosi khusus untuk apotek baru. Sue seharusnya tidak memfokuskan seluruh upaya pemasaran dan promosi pada pelanggan potensial. Sebuah area penting untuk apotek spesialisnya adalah komunitas profesional perawatan kesehatan, mulai dari dokter dan praktisi perawat untuk praktik-praktik khusus seperti dermatologis dan dokter hewan.

Menetapkan Filosofi Manajemen Usaha

Pemilik apotek komunitas independen menatap karakter bisnisnya. Pemilik telah terlibat dalam hampir setiap aspek bisnis, dari konseptualisasi dan perencanaan pembangunan

serta penyelesaiannya. Sebagai pemilik baru, Sue akan terlibat dalam semua aspek bisnis. Selain potensi utilitas yang tersedia di media tertulis, pengalaman yang ia peroleh dari bekerja di apotek komunitas independen bahkan akan lebih berharga bagi penyebaran filosofi manajemennya.

Opsi 2: "Mengapa Membuat Sesuatu yang Sudah Ada?"—Membeli Apotek yang Sudah Mapan

Sue telah bekerja untuk Profesional Pharmacy selama 3 tahun. Ketika ia sedang menutup apotek suatu malam, Tn. Burke, pemilik, memunculkan gagasan bahwa ia mulai berpikir tentang pensiun. Dia dan istrinya Helen akhirnya ingin pindah ke sebuah perumahan tepi pantai. Di sana mereka bisa membawa perahu mereka dan memiliki tempat yang dapat dikunjungi anak-anak dan cucu-cucu mereka. Sue terkejut oleh ide tiba-tiba ini. Tn. Burke meyakinkannya bahwa masa pensiun Tn. Burke sebentar lagi, tetapi dia ingin membicarakan tentang tujuan karir masa depannya dan apakah tujuan-tujuan tersebut mungkin termasuk kepemilikan farmasi.

Bagi calon pembeli, mencari apotek yang tepat mungkin tampak seperti tugas yang menakutkan. Ada beberapa lokasi untuk memulai pencarian. Dalam banyak kasus, pembeli potensial mungkin sudah mengidentifikasi beberapa usaha baik melalui penelitian maupun sebagai hasil dari pekerjaannya saat itu. Asosiasi apotek lokal dan negara bagian merupakan sumber yang sangat baik untuk daftar dan referensi awal. Bagian umum dalam publikasi utama organisasi ini adalah daftar "apotek untuk dijual." Jurnal dari sebagian besar organisasi farmasi nasional mempunyai daftar apotek yang serupa. Selain itu, broker profesional yang menangani sisi bisnis pasar real estate dapat dihubungi dan disewa jasanya. Ada juga ada layanan khusus yang disediakan oleh organisasi. Satu contoh dari hal ini adalah Independent Pharmacy Matching Service (IPMS) yang dikoordinasikan oleh National Community Pharmacists Association (NCPA). IPMS membantu untuk mencocokkan calon pembeli dan penjual berdasarkan berbagai kriteria, termasuk lokasi geografis.

Ketika apotek potensial ditemukan, sebuah pertanyaan penting untuk diajukan adalah, "Mengapa apotek ini dijual?" (Cotton, 1984). Apakah pemiliknya pensiun? Apakah lingkungan berubah karena meningkatnya persaingan atau perubahan ekonomi menyebabkan sepi lokasi? Apakah apotek di ambang kebangkrutan? Ini adalah hanya beberapa dari banyak pertanyaan yang harus ditanyakan mengenai apotek. Pertanyaan-pertanyaan ini memperkuat pentingnya meneliti bisnis dan memperoleh nasihat dari berbagai sumber.

Membeli sebuah apotek yang sudah mapan dapat memberikan kesempatan yang baik untuk seorang calon pembeli. Mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dari

alternatif kepemilikan ini akan memberikan pemahaman yang berharga tentang proses pengambilan keputusan individu mengenai kepemilikan (SBA, 2003c; Smith, 1986, 1996; Tootelian dan Gaedeke, 1993).

Keuntungan dan Kerugian

Menurut banyak pustaka dalam bisnis dan apotek, ada sejumlah keuntungan untuk pembelian apotek yang mapan (Tabel 32-5). Apotek yang sudah mapan telah menghilangkan sejumlah hal-hal yang tidak diketahui yang dihadapi saat memulai apotek baru. Ada tingkat risiko lebih rendah pada bagian pembeli karena apotek memiliki riwayat yang telah mapan. Dengan menunda pembelian dengan melakukan penelitian dan penilaian menyeluruh, pembeli bisa memiliki lebih sedikit ketidakpastian mengenai apotek, mulai dari fasilitas fisik, persediaan, dan peralatan untuk personel dan data pasien dari apotek. Pada pengalihan kepemilikan ini, apotek mendapatkan manajemen baru sementara tidak menambahkan bisnis lain kepada pasar yang kompetitif. Keuntungan lain adalah bahwa apotek yang mapan memberikan potensi besar untuk mengurangi biaya memulai bisnis dan mengurangi lamanya waktu antara memulai bisnis dan profitabilitas. Selain itu, pembeli mendapat *goodwill* dan reputasi apotek.

Keuntungan yang terkait dengan kepemilikan metode ini dapat dengan mudah menjadi kerugian. Aset yang telah ada, seperti fasilitas dan peralatan, mungkin usang atau tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan pihak yang berkepentingan. Inventarisasi bisnis yang dipertanyakan

Keuntungan dan Kerugian Membeli Apotek yang Mapan

Keuntungan

Tingkat risiko rendah bagi pembeli
Tidak ada tambahan persaingan di pasar saat ini
Mengurangi biaya memulai bisnis/risiko yang lebih kecil
Waktu yang diperlukan untuk memperoleh laba lebih singkat
Pembeli mendapat *goodwill* yang mapan
Bisnis sudah memiliki pelanggan yang tetap
Bisnis menyediakan pembeli dengan karyawan terlatih, persediaan, fasilitas fisik, dan hubungan yang luas dengan penyedia layanan kesehatan

Kerugian

Fasilitas yang tidak memadai
Alat-alat dan perlengkapan yang sudah tua/usang
Inventarisasi perlengkapan dan peralatan yang terlalu besar dan/atau tidak bisa dijual
Kebijakan dan prosedur yang sudah ada tidak sesuai dengan filosofi pemilik baru
Masalah inflasi harga jual
Masalah dengan lokasi
Kontrak sewa yang tidak sesuai dengan keinginan

tersebut dapat terdiri dari sejumlah besar barang yang sudah usang dan tidak dapat dijual atau bahkan terlalu besar untuk disokong oleh apotek. Kebijakan dan prosedur yang ada sebelumnya bisa memicu konflik langsung dengan apa yang ada dalam pikiran calon pemilik sehingga menciptakan masalah manajemen sumber daya manusia yang potensial. Selain itu, lokasi apotek mungkin tidak optimal, dan harga pembelian mungkin akan lebih mengalami over-inflasi karena *goodwill*.

Selama negosiasi pada peristiwa pengalihan kepemilikan itu, tinjauan yang saksama terhadap semua kontrak merupakan faktor penting yang sering kali diabaikan. Sebuah *kontrak* mengacu pada kesepakatan jangka panjang untuk menggunakan atau menyewa perlengkapan tetap, sebuah peralatan, struktur fisik tempat apotek, atau tanah menempati bisnis (Gagnon, 1996).

Penaksiran Nilai dan Penentuan Harga

Begitu keputusan telah dibuat untuk membeli apotek yang mapan dan properti spesifiknya telah diidentifikasi, langkah berikutnya adalah menentukan nilai bisnis. Sebelum penilaian, calon pemilik harus melakukan review menyeluruh lingkungan eksternal bisnis, yaitu masyarakat tempat bisnis itu berada.

Metode utama penentuan nilai suatu bisnis adalah melalui analisis keuangan. Bab 15 membahas prinsip-prinsip dasar analisis keuangan. Dalam menentukan kesehatan fiskal bisnis, catatan keuangan (laporan laba rugi dan neraca) dari masa lalu setidaknya 3 sampai 5 tahun ke belakang harus ditinjau ulang. Dari data ini, berbagai aspek analisis keuangan—solvabilitas, likuiditas, efisiensi, dan profitabilitas—dapat ditentukan untuk bisnis, dan tren dapat diproyeksikan berdasarkan kerangka waktu yang dianalisis. Sejumlah rumus keuangan digunakan untuk memberikan kisaran nilai yang berfungsi sebagai panduan baik untuk pembeli maupun penjual untuk memulai proses negosiasi (Jackson, 2002). Penting untuk dicatat bahwa meskipun tidak ada satu formula yang harus digunakan, tiap-tiap rumus menentukan nilai bisnis dari berbagai perspektif, menyediakan berbagai nilai-nilai yang dapat digunakan untuk menentukan awal pembelian atau harga jual.

Berdasarkan pembahasan sebelumnya, harus jelas bahwa penentuan nilai bisnis bukanlah ilmu pasti. Walaupun sejumlah teknik yang ada dapat digunakan, setiap bisnis adalah unik. Bahkan, nilai bisnis pada akhirnya ditentukan melalui negosiasi antara pembeli dan penjual (Jackson, 2002). Harga yang telah disepakati biasanya akan terletak di antara harga awal penjual dan tawaran awal pembeli. Penilaian bisnis didasarkan pada penilaian fakta tentang bisnis, informasi penilaian, dan alasan akal sehat (Jackson, 2002).

Metode Pembelian

Langkah selanjutnya bagi calon pemilik adalah membiayai pembelian apotek.

Pembiayaan

Seperti yang telah dilakukan selama diskusi sebelumnya mengenai pembiayaan apotek baru, pertanyaan-pertanyaan serupa mengenai kebutuhan bisnis, jenis pembiayaan, dan sumber-sumber modal harus diajukan seperti untuk pembelian apotek yang mapan. Apakah pembelian satu apotek yang mapan atau memulai dari awal, sejumlah besar modal akan diperlukan untuk menutupi biaya usaha. Dalam kasus ini, pembeli memiliki keuntungan yang signifikan dibanding seseorang yang memulai bisnis baru karena apotek yang sudah mapan memiliki biaya untuk memulai yang lebih rendah dan hanya butuh sedikit waktu untuk mulai menghasilkan keuntungan.

Dari perspektif pembeli, berbagai jenis pembiayaan tersedia untuk pembelian apotek. Meskipun pembiayaan pribadi, utang, dan ekuitas adalah contoh-contoh yang tersedia bagi pembeli, pertanyaan utama yang harus ditentukan adalah apakah apotek akan dibeli langsung, atau perlukah dibuat beberapa pengaturan keuangan untuk pembelian selama periode waktu. Dalam kebanyakan kasus, seorang pembeli individual akan mengalami kesulitan besar dalam mengamankan pembiayaan untuk membeli apotek langsung. Dengan pemikiran ini, pembahasan berikut menggambarkan pengalihan kepemilikan yang memberikan skenario sama-sama menang (menang-menang) untuk keduanya, pembeli dan penjual.

Kemitraan Junior

Sebuah kemitraan junior memberikan kesempatan bagi pembeli untuk membeli apotek dengan sedikit atau tanpa modal awal dan seorang penjual untuk mempermudah keluar dari kepemilikan dan menjaga warisan dari apotek komunitas mandiri untuk hidup dalam masyarakat (Jackson, 2002). Alih-alih mencoba mencari cara untuk menjual apotek ketika pemilik siap untuk pensiun, opsi ini memungkinkan pemiliknya untuk mentransfer kepemilikan kepada pembeli, terus memiliki pendapatan, dan mempersiapkan diri untuk pensiun.

Keuntungan dari kemitraan junior berkisar dari kurangnya risiko dan modal awal yang dibutuhkan oleh calon pembeli sampai kehadiran tetap apotek komunitas mandiri bagi kebutuhan ekonomi dan perawatan kesehatan masyarakat. Kemitraan junior memiliki kerugian yang mirip dengan jenis kemitraan manapun. Namun, dalam situasi ini, karena hubungan yang mapan, peluang bagi kedua belah pihak untuk menentukan kompatibilitas, dan sifat terperinci perjanjian, membuktikan kemitraan junior menguntungkan.

■ SKENARIO 4

Sudah 4 tahun sejak Sue masuk ke kemitraan junior dengan Tn. Burke, dan pada akhir tahun depan, dia akan menjadi pemilik mayoritas Professional Pharmacy. Dengan berjalannya waktu, Sue merasa sangat takjub bahwa ia telah belajar tentang praktik apotek baik dari segi bisnis maupun profesional. Sue menyadari ini tidak lama setelah pertemuan terjadwal pertama dengan pegawai residen apotek tahun ini, Cindy Ryan. Cindy meminta Sue untuk menjelaskan sebuah hari kerja khusus di apotek. Setelah tertawa, ia menjelaskan kepada Cindy bahwa tidak ada yang namanya hari-hari khusus saat Anda berada dalam bisnis merawat pasien, Sue menawarkan deskripsi berikut:

Sebagai pemilik, saya bertanggung jawab atas 40-anggota staf yang ada di Profesional Pharmacy Incorporated. Ini termasuk apotek utama, Profesional Pharmacy West, dan apotik peracikan/infus di rumah, Profesional Pharmacy East. Hari saya biasanya mulai di Profesional Pharmacy East, di mana saya lapor-masuk dengan Jerry, manajernya, untuk memeriksa beban kerja untuk hari itu dan mengurus masalah, biasanya masalah-masalah sumber daya manusia. Saya biasanya di Profesional Pharmacy East untuk sepanjang pagi, mengurus surat elektronik, surat-surat, dan lain-lain. Saya biasanya menghabiskan sore hari di Profesional Pharmacy West. Di sana saya bertemu dengan Lois, manajer toko, untuk membahas hal-hal di hari itu dan menangani masalah. Dalam setiap fasilitas, setiap minggunya, rapat pagi semua staf dilakukan untuk memperbarui prosedur staf tentang perubahan dan tanggungan pihak ketiga baru, mengurus masalah karyawan, dan mengecek semua orang. Pertemuan dapat berlangsung sampai 20 menit. Sebagai pemilik, saya harus bekerja menghabiskan lebih banyak waktu mengelola

bisnis dan sedikit waktu dengan pusat peracikan dan program perawatan diabetes yang kami dirikan beberapa tahun yang lalu. Sementara saya melewatkan waktu dengan pasien, saya telah menyadari bahwa dengan menjadi manajer terbaik saya dapat membantu untuk memastikan bahwa pasien yang kami layani menerima perawatan sebaik mungkin.

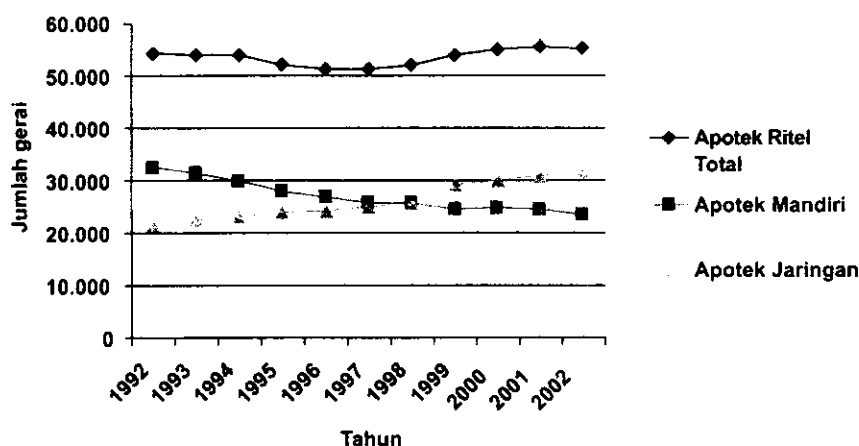
■ ISU TERKINI/PELUANG MENGHADAPI PRAKTIK APOTEK KOMUNITAS MANDIRI

Kehidupan pemilik apotek komunitas mandiri banyak tantangannya dan dapat sangat bermanfaat. Seperti ditunjukkan oleh Sue, sebagian besar tanggung jawabnya telah berevolusi menjadi sebuah peran manajemen. Sebagai manajer, keberhasilan atau kegagalan bisnis adalah tanggung jawab individu tersebut, dan bahwa kesuksesan itu ditentukan oleh keputusan yang dibuat dan tindakan yang diambil.

Pemilik harus menyeimbangkan sejumlah isu dan ide-ide yang berhubungan dengan apotek. Pemilik apotek saat ini harus mampu mengevaluasi masalah, menentukan kelayakan gagasan, dan mengambil tindakan. Berikut ini adalah daftar dari empat masalah yang memerlukan perhatian besar oleh pemilik sebuah apotek komunitas mandiri: persaingan, pihak ketiga, pengembangan layanan perawatan pasien, dan pengembangan ceruk.

Kompetisi

Praktik apotek komunitas mandiri beroperasi di salah satu pasar yang paling dinamis dan kompetitif. Kebanyakan kompetisi mudah terlihat, seperti toko obat jaringan tradisional, apotek



Sumber: IMS Health dan penelitian NCPA (2003)

Gambar 32-2. Populasi apotek ritel, 1992-2002.

supermarket, dan pedagang grosir. Apotek komunitas mandiri juga mengalami persaingan dari entitas lain yang kurang jelas. Kelompok pesaing tambahan ini terdiri dari apotek *mail-order*, apotek *managed-care*, apotek rumah sakit dan klinik rawat jalan, dan bahkan apotek internet. Gambar 32-2 mengilustrasikan pasar ritel yang kompetitif dan memberikan pandangan yang menarik pada periode waktu 10 tahun. Meskipun jumlah total apotek ritel tetap relatif stabil, potret pasar telah berubah. Apotek komunitas mandiri telah mengalami penurunan dalam jumlah total, sedangkan apotek jaringan, yang didefinisikan sebagai gerai termasuk jaringan toko obat tradisional, apotek supermarket, dan pedagang grosir, telah menjadi lebih produktif. Salah satu faktor pembalikan peran ini telah menimbulkan kompetisi di pasar resep. Sejumlah apotek komunitas mandiri yang tutup tidak mampu bersaing dalam pasar tertentu karena alasan-alasan mulai dari tingkat penggantian biaya dari pihak ketiga yang terlalu rendah sampai individu-individu yang tidak dapat menerima perubahan yang terjadi di pasar, sedangkan sisanya terus bersaing untuk meraih sukses.

Masalah Pihak Ketiga

Bagi apotek komunitas mandiri, mengatasi masalah pihak ketiga sangat penting, bukan hanya untuk keberhasilan bisnis, melainkan juga untuk keberlangsungan hidup apotek. Dibahas sebelumnya dalam bab ini, rata-rata-apotek *NCPA Pfizer Digest* melaporkan bahwa 91 persen dari resep dibayarkan oleh pihak ketiga (NCPA, 2003a). Hubungan ini menunjukkan pentingnya memahami masalah pihak ketiga bagi pemilik dan manajer.

Isu pihak ketiga memiliki kisaran yang luas. Salah satu masalah yang paling menonjol dari arena ini berfokus pada tingkat penggantian biaya obat resep yang diterima oleh apotek komunitas mandiri dari pihak ketiga. Ini adalah perjuangan terus-menerus antara pihak ketiga, yang ingin menurunkan biaya dengan menurunkan tingkat penggantian biaya bagi farmasi, dan praktisi mandiri, yang harus terus-menerus memantau harga untuk memastikan bahwa apotek akan dapat menutupi biaya dan memiliki margin keuntungan.

Sekali lagi, Medicare Part D telah menambahkan masalah tambahan untuk topik yang sudah kompleks. Sementara beberapa masalah telah diperbaiki, kesulitan apotek komunitas mandiri masih tetap ada (Chi dan Paul, 2006). Isu tingkat pembayaran dan penggantian yang cepat akan terus memberikan kontribusi kepada lingkungan yang sudah rumit dan penuh tekanan, menjaga agar semua orang berfokus pada evolusi terus-menerus program Medicare Part D.

Pembangunan Layanan Perawatan Pasien

Apotek komunitas mandiri memiliki tradisi yang kaya pelayanan kepada pasien. Tradisi ini telah berevolusi menjadi

sejumlah layanan perawatan pasien yang dapat diidentifikasi dan ditawarkan di banyak apotek. Layanan perawatan pasien dapat berkisar dari pengiriman ke rumah dan akun tagihan pasien untuk perawatan pasien khusus seperti program pengelolaan penyakit berfokus pada diabetes atau asma. Pengembangan layanan tersebut biasanya didasarkan pada kenyataan bahwa pasien butuh dirawat kemudian farmasis mulai menyediakan produk dan menciptakan layanan untuk membantu pasien mereka. Di bidang-bidang seperti herbal, homeopati, dan gizi, pasien tidak hanya mendapatkan produk tertentu tetapi juga menerima informasi berharga dan belajar bahwa farmasis adalah sumber informasi yang berharga. Sebagai pelengkap bagi pengembangan layanan perawatan pasien berkelanjutan ini, muncul program dan layanan MTM (NCPA, 2007). Semua apotek berusaha keras untuk mengembangkan layanan berkualitas dan berbiaya efektif yang akan terus memberikan pasien mereka layanan konsumen yang luar biasa sekaligus membantu untuk lebih mengamankan tujuan penerimaan kompensasi langsung untuk layanan tersebut. Hanya melalui tekanan politik dan profesional yang terus-menerus, apotek akan memperoleh hak untuk menagih biaya layanan perawatan pasien yang disediakan, serta kompensasi yang selalu menyusut untuk obat itu sendiri.

Ceruk Pembangunan

Sifat apotek komunitas mandiri dan farmasis adalah untuk mengembangkan dan menawarkan layanan perawatan pasien. Dalam kasus-kasus tertentu, beberapa layanan mungkin dikembangkan untuk mengisi sebuah ceruk di masyarakat. Dalam Skenario 4, Sue mengidentifikasi dan mengembangkan sebuah ceruk dengan penciptaan bisnis peracikan khusus. Layanan khusus diciptakan dan berhasil karena ada kebutuhan pelayanan peracikan yang belum terpenuhi di masyarakat. Seperti yang telah dibahas dalam bagian kewirausahaan bab ini, apotek komunitas mandiri memberikan banyak kesempatan untuk mengembangkan layanan khusus berdasarkan ide, seperti program pemantauan pasien yang berfokus pada terapi antikoagulan, layanan AIDS, atau terapi antikoagulan. Perkembangan ceruk memberikan apotek dan stafnya tantangan baru dan kesempatan untuk kesuksesan bisnis tambahan melalui pengenalan arus pendapatan potensial.

■ KESIMPULAN

Praktik apotek komunitas mandiri yang luas menyediakan berbagai peluang bagi pengembangan profesional dan kepuasan pribadi. Tempat ini mengakomodasi semua jenis praktisi, mulai dari wirausahawan dan *intrapreneur* sehingga memungkinkan kebebasan untuk mengembangkan ide-ide

mereka menjadi barang aktual atau jasa untuk menawarkan kepada individu yang tertarik untuk "menjadi bos mereka sendiri" kesempatan untuk memulai apotek mereka sendiri dan mengejar ceruk praktik yang unik. Apotek komunitas mandiri yang terus berkembang dari penampilan awal di Amerika Serikat menjadi entitas layanan perawatan pasien yang berteknologi maju abad kedua puluh satu. Farmasis mandiri akan terus menangani masalah-masalah unik yang dihadapi praktik mereka, tetapi mereka akan terus berinovasi dan menyediakan perawatan pasien yang berkualitas.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Apakah Anda berharap untuk menjadi wirausahawan? Intrapreneurial? Mengapa atau mengapa tidak? Dapatkah Anda mengidentifikasi individu lain sebagai wirausahawan dan/atau intrapreneurial? Jelaskan mengapa Anda memilih orang itu.
2. Setelah membaca bab ini, apa yang menarik (atau apa yang tidak menarik) bagi Anda tentang karier dalam praktik apotek komunitas mandiri?
3. Bayangkan bahwa Anda adalah pemilik dari sebuah apotek komunitas mandiri baru. Jika uang tidak masalah, di mana Anda akan ditempatkan? Layanan perawatan pasien apa yang akan Anda tawarkan? Apakah Anda memiliki praktik umum atau spesialisasi?
4. Apa tanggung jawab manajemen yang paling sulit bagi pemilik apotek komunitas mandiri?
5. Menurut pendapat Anda, bagaimana masa depan apotek komunitas mandiri? Apa tantangan terbesar yang dihadapi praktik mandiri tahun ini? Dalam 5 tahun? Dalam 10 tahun?

REFERENSI

- Anthony J. 2003a. Money Matters: Pick the Business That's Right for You. Tersedia di www.bcentral.com/articles/anthony/133.asp.
- Anthony J. 2003b. Money Matters: Sole Proprietorships: Simple but Not Very Flexible. Tersedia di www.bcentral.com/articles/anthony/107.asp.
- Anthony J. 2003c. Money Matters: Start Your Business Partnership Off Right. Tersedia di www.bcentral.com/articles/anthony/130.asp.
- Anthony J. 2003d. Money Matters: More Pros Than Cons to Becoming an S Corporation. Tersedia di www.bcentral.com/articles/anthony/114.asp.
- Anthony J. 2003e. Money Matters: C Corporations: Benefits Are a Big (Deductible) Benefit. Tersedia di www.bcentral.com/articles/anthony/117.asp.
- Anthony J. 2003f. Money Matters: Is LLC the Best Entity for Your Business? Tersedia di www.bcentral.com/articles/anthony/132.asp.
- Bloomsbury Publishing (ed). 2002. *Business: The Ultimate Resource*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2002. Medicare Program: Medicare Prescription Drug Benefit. *Federal Register* 70(18). Tersedia di www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/projections2002/highlights.asp.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2003. National Health Expenditures Projections: 2002-2012. Tersedia di www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/projections2002/highlights.asp.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2007. National Health Expenditures Projections: 2006-2016. Tersedia di www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/proj2006.pdf.
- Chi J, Paul R. 2006. NCPA: Independents are down, but don't count them out. *Drug Topics*, 6 November.
- Consumer Reports. 2003. Time to switch drugstores? *Consumers Reports* 68:30.
- Cotton HA. 1984. Pharmacy for sale: How to arrive at a fair price. *Curr Concepts Retail Pharm Manag* 2:2.
- Daft RL. 1994. *Management*. Fort Worth, TX: Dryden Press.
- Edmondson M. 2007. Viewpoint: Three ways to fight reduced reimbursement. *Drug Topics*, 5 Februari.
- English T. 1998. Mississippi Medicaid will pay for pharmacy services. *Pharmacy Today* 4:17.
- Gagnon JP. 1996. Establishing and financing a community pharmacy. In Huffman DC Jr (ed), *Effective Pharmacy Management*, hlm. 87. Alexandria, VA: National Association of Retail Druggists.
- Gartner WB. 1985. A conceptual framework for describing the phenomenon of new venture creation. *Acad Manag Rev* 10:696.
- Gumbhir AK. 1996. Entrepreneurship. In Huffman DC Jr (ed). *Effective Pharmacy Management*, hlm. 1. Alexandria, VA: National Association of Retail Druggists.
- Heffler S, Smith S, et al. 2003. Health spending projections for 2002-2012. *Health Affairs* 22:W54.
- Higby GJ. 2003. From compounding to caring: An abridged history of American pharmacy. In Knowlton CH, Penna RP (eds), *Pharmaceutical Care*, hlm. 19. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists.
- Jackson RA. 2002. Maintaining our independents. *America's Pharmacist* 124:54.
- Kelly ET III. 1996. Location analysis and lease evaluation. In Huffman DC Jr (ed). *Effective Pharmacy Management*, hlm. 1. Alexandria, VA: National Association of Retail Druggists.

- Medical News Today. 2007. University of Texas Study Details Lengthy Payment Delays for Medicare Part D Prescription Drug Claims, Confirming Need For Legislative Fix. *Medical News Today*, 8 September; www.medicalnewstoday.com/articles/81802.php.
- National Association of Chain Drug Stores (NACDS). 2003. Industry statistics. Tersedia di www.nacds.org/wmspage.csm?parm1=507.
- National Community Pharmacists Association (NCPA). 2002. *NCPA-Pharmacia Digest*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.
- National Community Pharmacists Association (NCPA). 2003a. *NCPA-Pharmacia Digest*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.
- National Community Pharmacists Association (NCPA). 2007. *NCPA-Pharmacia Digest*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.
- National Community Pharmacists Association (NCPA). 2003b. Independent Pharmacy Today: Prospering in the New Millenium. Tersedia di www.ncpanet.org/about/pharmacytoday.shtml.
- National Association of Boards of Pharmacy (NABP). 2007. *Survey of Pharmacy Law*. Mount Prospect, IL: National Association of Boards of Pharmacy.
- Poisal JA, Truffer C, et al. 2007. Health spending projections through 2016: Modest changes obscure Part D's impact. *Health Affairs* 26:W242 (diterbitkan online 21 Februari, 2007).
- Sheppard M, Richards K, Winegar A. 2007. Prescription Drug Payment Times by Medicare Part D Plans: Executive Summary. Tersedia di www.ncpanet.org/pdf/leg/ut_study_exec_sum_090607.pdf; diakses pada 1 November, 2007.
- Small Business Association (SBA). 2003a. Small Business Startup Guide. Tersedia di www.sba.gov/startup_business/startup/guide.html.
- Small Business Association (SBA). 2003b. Form of Business Ownership. Tersedia di www.sba.gov/startup_business/legal/forms.html.
- Small Business Association (SBA). 2003b. Essential Element of a Good Business Plan for Growing Companies. Tersedia di www.sba.gov/managing/strategicplan/guide.html.
- Smith HA. 1986. *Principles and Methods of Pharmacy Management*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Smith HA. 1996. Purchasing an established pharmacy. In Huffman DC Jr (ed), *Effective Pharmacy Management*, hlm. 57. Alexandria, VA: National Association of Retail Druggists.
- Tootelian DH, Gaedeke RM. 1993. *Essential of Pharmacy Management*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Ukens C. 1994. Whatever happened to pharmaceutical care? *Drug Topics* 138:38.
- Ukens C. 2006. Medicare part D off to rocky start. *Drug Topics* 150(2):12.
- William CF. 1998. *A Century of Service and Beyond*. Alexandria, VA: National Community Pharmacists Association.

APLIKASI DALAM PRAKTIK APOTEK KOMUNITAS JARINGAN

Michele Belsey

Tentang penulis: Nn. Belsey adalah Wakil Presiden dari College Relations and Professional Recruitment for Rite Aid Corporation. Michele menerima gelar B.S. dalam bidang farmasi dari Duquesne University pada tahun 1992. Beliau telah bergabung dengan Rite Aid Corporation sejak waktu itu dan telah terlibat dengan pelatihan pengembangan dan perekrutan perusahaan itu sejak tahun 1998. Departemennya mengkhususkan dalam bidang hubungan farmasi domestik dan internasional. Nn. Belsey telah mengabdikan pada 11 badan penasehat sekolah farmasi.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Mendeskripsikan cara-cara suatu apotek komunitas jaringan dapat menciptakan dan membangun budaya korporat.
2. Mengevaluasi budaya manajemen kontemporer dan bagaimana hal itu dapat diterapkan pada praktik komunitas jaringan.
3. Mendaftar langkah-langkah dalam mengidentifikasi dan menciptakan posisi-posisi manajemen untuk farmasis pada praktik komunitas jaringan.
4. Mengidentifikasi kesempatan-kesempatan yang unik untuk farmasis dalam praktik jaringan komunitas.

■ SKENARIO—BUDAYA PERUSAHAAN

Emily Bancroft dan Tony Dinardo adalah staf farmasis pada suatu toko obat komunitas jaringan, Remedies, yang berlokasi di Central Avenue. Mereka lulus dari sekolah farmasi 3 tahun yang lalu dan telah bekerja pada lokasi yang sama semenjak lulus. Perry Coleman adalah manajer apotek dari Remedies di Central Avenue, dan telah menjabat manajer apotek selama 6 tahun. Elizabeth Bailey merupakan manajer wilayah di Remedies, dan ia mengawasi operasional apotek untuk 25 apotek termasuk apotek yang ada di Central Avenue. Elizabeth telah bekerja untuk Remedies selama 10 tahun dan dipromosikan menjadi supervisor apotek 2 tahun yang lalu. Elizabeth memberikan laporan kepada wakil presiden bidang operasional apotek, Vicki Corbo, yang bergabung dengan perusahaan 2 tahun yang lalu dari luar korporasi apotek. Pada Minggu, tanggal 2 April, Emily masuk apotek untuk memulai minggu kerjanya. Hari ini Emily sadar bahwa ini akan menjadi hari yang sibuk bukan saja karena ini adalah hari Senin tapi juga karena tanggal satu bulan ini. Dalam praktik apotek komunitas, Senin dan tanggal satu dari bulan kerja merupakan hari-hari sibuk karena dokter-dokter biasanya menjadwalkan janji dengan pasien pada hari Senin, dan karena resep-resep ditulis untuk

pasokan 30 hari, banyak pasien yang siap untuk mengambil ulang obat pada tanggal satu.

"Selamat pagi Emily," kata Perry.

"Selamat pagi Perry," jawab Emily.

Ketika Emily bersiap mengenakan jas farmasisnya yang baru saja disetrika, ia menyadari bahwa Tony belum melaporkan pekerjaannya. "Di mana Tony pagi ini? Saya pikir ia seharusnya memulai pada jam 8 bersama kita," kata Emily.

"Anda betul Emily, Tony seharusnya ada di sini pagi ini, tapi ia telepon bahwa ban mobilnya gembos, dan akan datang terlambat beberapa menit. Senang bekerja dengan tim hebat semacam ini, terutama jika mereka menghormati satu sama lain dengan mengabari yang lain jika ada masalah," kata Perry.

Emily mulai berpikir sendiri, "saya benar-benar menikmati pekerjaan ini, mempunyai manajer apotek yang mengerti dan menghargai kami semua dengan baik. Senang berkerja di dalam lingkungan profesional seperti ini."

Tony datang di apotek sekitar 20 menit kemudian, terengah-engah dan meminta maaf karena tidak datang tepat waktu. "Mobil saya gembos bannya pagi ini, dan saya membetulkannya secepat saya bisa."

Perry menjawab, "Jangan khawatir. Hal-hal seperti ini dapat terjadi. Anda selalu tepat waktu, dan Anda adalah farmasis yang sangat baik. Saya betul-betul menghargai langkah Anda memberi tahu saya apa yang terjadi. Perilaku seperti itu menunjukkan suatu sikap hormat kepada majikan dan tempat Anda bekerja."

Tony berkata pada dirinya sendiri, "Saya benar-benar menikmati kerja di sini karena perusahaan kami memiliki budaya saling menghormati dan menghargai kontribusi tiap-tiap pada apotek dan organisasi."

■ PERTANYAAN BAB INI

Budaya yang suatu komunitas farmasi beroperasi di dalamnya mendefinisikan hari kerja. Berdasarkan skenario tadi, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Langkah-langkah apa yang diambil oleh farmasis untuk menunjukkan perilaku menghormati rekan kerja?
2. Dengan apa yang sudah Anda pelajari pada bab-bab sebelumnya, bagaimana Anda mengkarakterisasi budaya tempat apotek Remedies ini beroperasi?
3. Dapatkah Anda bekerja dengan efektif di dalam budaya seperti ini?
4. Jenis budaya perusahaan seperti apa yang akan Anda ciptakan di dalam perusahaan Anda sendiri? Bagaimana mengerjakannya?
5. Akankah Anda memperlakukan keterlambatan farmasis secara berbeda? Jika ya, mengapa?

■ PENDAHULUAN

Bab ini membahas aplikasi-aplikasi dalam budaya perusahaan dan kesempatan jalur karir. Kedua topik ini ada bersamaan ketika suatu perusahaan didefinisikan berdasarkan aset paling pentingnya—orang-orangnya. Apotek jaringan dapat bersifat menuntut, tapi imbalan hariannya dapat sangat memuaskan. Satu atau dua dekade yang lalu, dikatakan bahwa kesempatan untuk farmasis tidak terlalu beragam; namun, sekarang banyak kesempatan yang berkembang seiring dengan evolusi dari profesi ini. Jika suatu perusahaan memiliki posisi farmasis pada berbagai tingkatan, ini berbicara banyak tentang budaya perusahaan dan bagaimana perusahaan mengakui nilai yang dibawa oleh seorang farmasis pada organisasi. Namun bagaimana organisasi dapat sampai pada tingkat penghargaan akan manfaat yang dibawa seorang farmasis? Melalui budaya perusahaanlah penghargaan ini dapat ditegaskan.

■ MEMAHAMI, MENDEFINISIKAN, DAN MENGEMBANGKAN BUDAYA PERUSAHAAN

Bagaimanakah suatu perusahaan mendefinisikan budayanya? Dan apakah sebenarnya yang dimaksud dengan budaya perusahaan? Dengan menerapkan informasi dari bab-bab sebelumnya, terdapat cara-cara untuk mengembangkan budaya perusahaan. Sebagai contoh, langkah pertama adalah perusahaan memutuskan apa yang sebetulnya diwakili oleh budaya perusahaan. Budaya dapat mendefinisikan apa yang diwakilinya melalui suatu pernyataan misi dan sekumpulan nilai-nilai dasar yang berfokus pada tujuan-tujuan harian dari setiap fungsi kolega. *Kolega* adalah terminologi perusahaan untuk seorang pekerja, tetapi dengan menggunakan kata kolega, akan menciptakan kesan bahwa para pekerja adalah rekan bisnis di perusahaan. Penggunaan istilah ini dirancang untuk mengembangkan suatu rasa kepemilikan oleh setiap anggota dari organisasi dan untuk menanamkan suatu nilai pada mereka bahwa perusahaan adalah tanggung jawab mereka, dan aktivitas bisnis mereka terkait dengan kesehatan perusahaan.

Pernyataan misi dan nilai-nilai dasar merupakan dua faktor utama dalam membentuk budaya perusahaan. Ada banyak cara untuk mengorganisasikan pengembangan pernyataan misi dan nilai-nilai dasar, tetapi perusahaan yang peduli pada koleganya harus mendefinisikan suatu metode untuk menerima umpan balik dari para koleganya. Misalnya, membentuk komite penasihat internal sebagai tempat farmasis, tenaga magang, dan administrasi dipilih oleh mitranya untuk mewakili bidang tiap-tiap, membawa beragam budaya yang penting bagi para kolega perusahaan ke dalam perusahaan. Menyelenggarakan pertemuan kuartal

dan tahunan komite penasehat internal membuat perusahaan berhubungan dengan hal apa saja yang penting bagi para koleganya. Membuat suatu kebijakan komunikasi pintu terbuka dan suatu metode yang para koleganya dapat berkomunikasi melalui *e-mail* perusahaan atau melalui memo kepada para mitra serta eksekutifnya dapat membantu mendorong perusahaan pada suatu budaya yang berorientasi pada kolega.

Seperti disebutkan sebelumnya, sebuah perusahaan yang sukses mengakui bahwa budayanya harus dikembangkan oleh orang-orang yang akan menjalani budaya itu setiap harinya, dan orang-orang ini dipilih menjadi wakil oleh rekannya. Berkenaan dengan tim manajemen, bagaimana tim ini dapat divalidasi untuk memastikan bahwa sudah dipilih dari orang yang tepat pada puncak perusahaan? Suatu korporasi yang arahan oleh para pemegang saham dan dewan direksinya mempunyai suatu proses pengambilan keputusan untuk memilih siapa yang memimpin fungsi-fungsi perusahaan harian. Individu-individu yang bukan merupakan calon yang unggul, tetapi menunjukkan budaya yang diinginkan oleh perusahaan diwawancara dan dipilih oleh dewan untuk menentukan apakah mereka dapat jadi eksekutif yang tepat. Suatu sumber yang sangat baik untuk mempelajari lebih jauh tentang bagaimana memilih orang yang tepat untuk posisi manajemen eksekutif adalah buku yang berjudul *Execution—The Discipline of Getting Things Done*, oleh Larry Bossidy dan Ram Charan (2002). Buku ini berfokus pada konsep komponen penting dari pelaksanaan bisnis. Dua dari komponen yang sangat penting ini adalah menciptakan kerangka untuk perubahan budaya dan memiliki orang yang tepat pada posisi yang tepat (Bossidy dan Charan, 2002). Kolega perusahaan yang dipilih untuk mengembangkan budaya perusahaan harus dievaluasi seperti halnya dewan direksi mengevaluasi para eksekutif serta mengevaluasi bagaimana setiap eksekutif secara terus-menerus mengevaluasi timnya. Mengembangkan budaya perusahaan berarti meletakkan suatu landasan bagi masa depan perusahaan; karenanya orang-orang yang menciptakannya harus merupakan perwakilan dari perusahaan tersebut. Konsep ini harus diterapkan dari level tertinggi di dalam organisasi. Contoh-contoh dari efektivitas bisnis pada apotek komunitas adalah memelihara tingkat inventarisasi yang sesuai, memenuhi tujuan penjualan obat resep, meningkatkan persentase pemberian resep obat generik, memenuhi tujuan-tujuan pembayaran gaji, memahami pembayaran pihak ketiga dari resep-resep yang paling sering diberikan, penjaminan mutu, dan menyediakan pelayanan konsumen dan pasien dengan baik. Komposisi tim merupakan hal kritis karena anggotanya bertanggung jawab untuk memenuhi tujuan-tujuan bisnis apotek selain menyediakan perawatan dan pelayanan bagi pasien.

Pada setiap tingkatan di dalam perusahaan, setiap orang dievaluasi sesuai kemampuan dan tuntutan posisinya. Hal

ini merupakan tanda dari perusahaan yang kuat karena hal itu tidak ditentukan oleh keberuntungan—perusahaan harus berjuang untuk mencapai keunggulan.

Meneliti konsep budaya manajemen yang paling mutakhir dan mengenali konsep yang paling dapat diterapkan untuk mendefinisikan organisasi adalah proses manajemen yang diinginkan oleh banyak perusahaan. Bekerja dalam suatu korporasi, para manajer selalu ditantang untuk berada pada posisi teratas dari tren terakhir dalam budaya perusahaan, untuk mengembangkan cara-cara baru mendefinisikan tipe budaya apa yang terbaik dijalankan di perusahaan, dan untuk memutuskan bagaimana caranya untuk mengembangkan budaya tersebut. Namun, budaya yang terbaik tidak hanya mencakup perusahaan dan harus menjadi nilai-nilai yang dijalani sehari-hari tanpa memandang apakah mereka sedang bekerja atau tidak. Suatu budaya perusahaan yang berhasil membantu para kolega bangga dapat bekerja dengan baik dan menanamkan dalam diri mereka hasrat yang terus-menerus untuk pengembangan pribadi dan tim. Budaya perusahaan merupakan proses yang berevolusi, dan seperti orang-orang yang menciptakannya, budaya itu sendiri selalu harus dievaluasi untuk memastikan bahwa budaya itu sejalan dengan harapan para kolega terhadap perusahaannya.

Terdapat sumber daya unggul yang mendefinisikan hubungan dan budaya serta menjelaskan cara-cara untuk mengenali para kolega melalui pendekatan-pendekatan yang bermakna bagi para kolega tersebut. Sebagai contoh, sebuah organisasi ritel nasional membuat suatu “Daftar Bacaan yang Disarankan.” Buku-buku yang mudah dibaca ini mendefinisikan konsep dasar bagaimana menghormati dan mengakui para kolega. Buku-buku ini menekankan metode-metode pengembangan pribadi yang dapat diterapkan di tempat kerja. Konsep-konsep ini disampaikan dalam kisah-kisah pendek dan membantu para pekerja mengerti bagaimana untuk memenuhi harapan orang-orang dalam dunia bisnis dan dapat diterapkan juga dalam konteks pribadi dan sosial. Tuntutan hidup kita semakin tinggi dari sebelumnya, dan karena kita terfokus pada proyek-proyek dan tenggat waktu, kita dapat melupakan orang. Dalam budaya-budaya perusahaan yang sedikit dipahami, orang-orang tidak diakui atau dihargai untuk kerja hebat dan produktif yang telah mereka lakukan.

Sebagai contoh, dari “Daftar Bacaan yang Disarankan” buku-buku Ken Blanchard memberikan pengingat tentang bagaimana kita tidak dapat melupakan langkah-langkah penting dalam membangun hubungan yang positif. Di dalam buku *Whale Done!* Blanchard membahas bagaimana kita hidup dalam suatu masyarakat “GOTcha”, masyarakat yang ini memergoki orang-orang yang berbuat kesalahan. “Jika Anda sangat tumbuh menjadi GOTcha, mungkin Anda cenderung melanggengkannya bersama-sama yang lain. Namun, jika tujuan Anda sebagai seorang manajer

adalah peningkatan kinerja, sangat penting Anda memulai menggunakan Respon WHALE DONE" (Blanchard, 2002). "Kita perlu menciptakan dan pada akhirnya hidup dalam suatu masyarakat "WHALE DONE!" yang memergoki saat orang-orang untuk berbuat benar" (Blanchard, 2002). Jika kita melihat perilaku yang menyenangkan bagi kita atau sedang mengarah pada pencapaian tujuan korporasi, kita perlu memberikan penghargaan pada perilaku ini sehingga perilaku yang benar didukung dan diakui.

"Respon WHALE DONE" adalah

- Pujilah orang itu dengan segera.
- Sebutkan dengan spesifik apa yang mereka kerjakan dengan benar atau hampir benar.
- Bagilah perasaan positif tentang apa yang mereka kerjakan.
- Berilah mereka semangat untuk tetap bekerja dengan baik (Blanchard, 2002).

Contoh lain dari "Daftar Bacaan yang Disarankan" adalah buku yang berjudul *Winning Ways* karya Dick Lyles. Lyles memberikan butir-butir tentang bagaimana cara bekerja dengan baik dengan orang-orang dan mendapatkan hasil yang sangat baik. Pada buku itu, ada empat rahasia cara untuk meraih kemenangan ("*Winning Ways*"):

- Buatlah orang merasa lebih kuat daripada membuat mereka merasa lebih lemah.
- Menjadi seperti unta (orang-orang yang senantiasa bergerak) itu baik—para *camel* saat ini akan menjadi pemimpin masa depan (*unta* mencapai garis *finish* setiap saat).
- Hindari perangkat pemikiran dua-nilai (hitam-putih) karena sangat sedikit keputusan yang merupakan pilihan antara benar dan salah atau baik dan buruk.
- Berilah pengaruh untuk masa depan, bukan untuk masa kini atau masa lalu (Lyle, 2000).

Kesimpulannya, konsep-konsep dalam buku ini dapat digunakan untuk mengembangkan budaya perusahaan dan untuk melanjutkan pengembangan ini ke dalam pengembangan individu yang dapat diperjuangkan setiap hari.

Budaya perusahaan yang lain yang sedang atau telah diadopsi adalah konsep di balik Six Sigma (Chowdury, 2001). Six Sigma mewakili suatu ukuran statistik dan suatu filosofi manajemen yang memberi orang-orang peran yang terdefinisi jelas serta struktur yang jelas untuk tugas-tugas mereka.

Six Sigma berjalan baik jika setiap orang dalam perusahaan terlibat.... Six Sigma merupakan filosofi manajemen yang berfokus pada penghapusan kesalahan,

kesia-siaan, dan pengerjaan ulang. Six Sigma membangun suatu status yang terukur untuk mencapai dan memuat suatu metode pemecahan masalah strategis untuk meningkatkan kepuasan konsumen serta secara dramatis meningkatkan pendapatan bersihnya. Six Sigma mengajarkan para pekerja bagaimana meningkatkan cara mereka menjalankan bisnis, secara ilmiah dan mendasar, serta bagaimana memelihara tingkat kinerja mereka yang baru. Six Sigma memberikan Anda disiplin, struktur dan pondasi bagi pengambilan keputusan bulat berdasarkan suatu statistik sederhana. Six Sigma juga memaksimalkan pengembalian investasi Anda dan Pengembalian Anda atas Bakat—orang-orang Anda.... Perusahaan yang baik memfokuskan pada bagaimana agar tidak membuat kesalahan, tidak menyia-nyiaikan waktu atau materi, tidak membuat kesalahan dalam produksi atau pemberian jasa, dan tidak sembarangan dalam melakukan apa yang menjadi keahlian mereka [Chowdhury, 2001]

Dengan menciptakan tipe budaya ini, para kolega akan difokuskan pada kualitas pekerjaan yang dilakukan.

Apakah arti dari contoh-contoh ini? Contoh-contoh tersebut memberikan pondasi sukses bagi perusahaan-perusahaan yang sudah memutuskan, melalui pernyataan misi mereka serta nilai-nilai inti yang mendefinisikan budaya perusahaan, bahwa perusahaan mereka akan mengakui para kolega yang membangun dan menjalankan perusahaan sehari-hari.

Bagaimana budaya-budaya ini dapat diterapkan pada apotek komunitas jaringan? Merupakan tanggung jawab pihak manajemen untuk mempelajari berbagai tipe budaya kerja dan untuk memutuskan jika mereka ingin menerapkan suatu budaya tertentu bagi perusahaan mereka. Akan tetapi, ketika menerapkan budaya tertentu untuk sebuah organisasi seperti korporasi, personel manajemen yang memiliki bukti catatan kerja pada suatu tipe budaya kerja secara khusus dipilih oleh dewan untuk menyisipkan budaya kerja ini agar tercermin pada para kolega mereka. Menerapkan budaya pada perusahaan dapat dilakukan melalui suatu departemen pelatihan korporat, yang terdiri dari para spesialis pelatihan, perwakilan bagian sumber daya manusia, dan farmasis. Setiap tingkatan eksekutif, dari manajemen senior hingga operator lapangan, akan diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan manajemen dan kelas-kelas pengembangan. Penguatan budaya perusahaan dapat juga terjadi melalui modul-modul *e-learning* dan kelas-kelas pelatihan bulanan atau kuartal. Dengan memasukkan manajemen ke dalam pelatihan budaya, tim manajemen selanjutnya akan bekerja dengan para kolega untuk memastikan bahwa mereka belajar budaya perusahaan melalui korespondensi harian atau belajar melalui contoh saat manajemen mengunjungi apotek untuk pertemuan tim.

■ SKENARIO—JALUR KARIR

Emily Bancroft bekerja di apotek, ia melihat seorang wanita berpakaian sangat bagus. Emily mulai bertanya-tanya akan seperti apakah hidupnya jika ia lebih terlibat dalam aspek bisnis atau “korporat” apotek. Kebetulan saat itu Elizabeth Bailey dan Vicki Corbo masuk ke apotek untuk kunjungan mendadak. Selama kunjungan, tujuan dari supervisor apotek (Elizabeth) adalah untuk berdiskusi dengan tim apotek, mengamati alur kerja apotek, dan meninjau tujuan operasional korporasi dengan tim apotek, termasuk kepatuhan dengan pelatihan budaya perusahaan.

Emily berkata pada dirinya, “Ini adalah kesempatan untuk bicara dengan supervisor untuk melihat jenis kesempatan karir apa yang tersedia untuk saya.”

Para supervisor apotek meneruskan pengamatan mereka terhadap tim apotek dan mengamati bahwa Tony terlihat sangat senang. Elizabeth bertanya, “Tony, Anda terlihat kerasan di perusahaan ini, dan setiap saat saya bertemu Anda, sikap Anda sangat positif.” Tony dan Perry mulai berbicara tentang ban gembos di pagi hari dan betapa beruntungnya Tony bekerja dengan suatu tim yang hebat dan pada perusahaan yang hebat.

Elizabeth kemudian bertanya pada Perry, “Bolehkah saya berdiskusi sedikit dengan Anda?”

“Tentu,” Jawab Perry.

Perry dan Elizabeth masuk ke dalam kantor apotek, dan Perry mulai bercerita tentang bagaimana mempelajari budaya perusahaan untuk menghormati dan memperlakukan kolega telah mempermudah menjalankan apotek karena ia mengerti harapan operasional perusahaan.

Elizabeth berkata pada Perry, “Anda selalu menjadi farmasis bahkan manajer yang hebat. Orang-oranglah yang membuat perusahaan ini, dan kami menilai, menghargai, dan menghormati Anda dan semua kerja yang sudah Anda lakukan sebagai seorang manajer apotek. Jika Anda tertarik mempelajari tentang promosi dan kesempatan lain di perusahaan ini, silakan jangan ragu-ragu bertanya pada saya.”

Elizabeth berpikir bahwa budaya perusahaan yang diikuti oleh setiap manajer dan farmasis sangat bermanfaat. Saat keluar dari kantor, Emily mendekatinya dan berkata, “Saya selalu tertarik dengan pekerjaan Anda, tetapi saya tidak yakin apakah karena saya mengagumi Anda secara pribadi, rasa penasaran, atau karena apa yang Anda kerjakan adalah sesuatu yang mungkin saya dapat kerjakan. Saya kira saya tertarik pada aspek korporat organisasi. Saya mengetahui tujuan-tujuan operasional kami untuk tahun ini, saya punya beberapa ide bagus mengenai bagaimana kita dapat memperluas bisnis melalui perawatan pasien, dan saya berada pada titik dalam karir saya yang meskipun masih sangat baru tapi saya merasa harus bergerak jika ingin dipromosikan.”

“Baiklah Emily, kita mungkin punya banyak kesempatan untuk para farmasis baik di lapangan maupun di kantor korporat. Secara khusus, farmasis bekerja sebagai staf kurang lebih 2 atau 3 tahun sampai mereka menguasai transisi untuk menjadi farmasis praktisi, merasa nyaman dalam peran pengetahuan farmasi mereka, dan belajar memberikan perawatan pasien yang efektif dan menjalankan bisnis yang efisien.”

“Bagaimana seorang farmasis naik posisi di dalam perusahaan? Apa yang harus saya lakukan untuk membuat diri saya siap untuk suatu promosi?” tanya Emily.

Elizabeth menjawab, “Itu pertanyaan yang bagus Emily. Anda telah membuat langkah pertama.”

“Bagaimana bisa?” tanya Emily.

Elizabeth menjawab, “Hanya dengan memberi tahu saya bahwa Anda tertarik mempelajari lebih banyak tentang sebuah karir di perusahaan. Anda tahu, sebagai supervisor apotek, jika Anda tidak mengatakan pada saya bahwa Anda berminat bergerak bersama perusahaan, saya akan berpikir bahwa Anda senang dengan posisi Anda sekarang, tapi dengan memberi tahu saya bahwa Anda tertarik dengan proyek lain, saya dapat mulai merencanakan bagaimana kita dapat membantu Anda mencapai tujuan Anda.”

“Itu bagus sekali,” jawab Emily.

Elizabeth meraih tasnya untuk mengambil beberapa dokumen.

“Apa ini?”

“Ini adalah bagan organisasi kita untuk para farmasis,” jawab Elizabeth. “Setiap kotak mewakili suatu bagian yang memiliki seorang atau beberapa farmasis yang bekerja. Emily, hal yang penting adalah bahwa kita merupakan sebuah toko obat, dan jika bekerja dengan toko obat, apotek merupakan persentase terbesar dari keseluruhan bisnis. Pada banyak bagian, *apotek*lah bisnisnya. Kita mempromosikan banyak farmasis secara internal, dan jarang kita mencari kandidat dari luar perusahaan dalam posisi manajemen.”

“Dulu saya tidak tahu bahwa kita mempunyai jalur karir sejenis ini untuk farmasis,” kata Emily. “Ini membuat saya merasa memiliki kesempatan menjadi sukses di sini.”

■ PERTANYAAN BAB INI

1. Langkah apakah yang diambil untuk mengidentifikasi dan mengembangkan posisi untuk farmasis dalam suatu korporasi?
2. Di bagian/kapasitas apa seorang farmasis apotek komunitas jaringan bekerja?
3. Apakah tujuan pengembangan diri bagi seseorang yang tertarik bekerja pada kantor korporat sebuah apotek komunitas jaringan?
4. Identifikasi bermacam tingkatan manajemen eksekutif mulai dari tenaga magang sampai wakil presiden senior.

■ JALUR KARIR PADA APOTEK KOMUNITAS JARINGAN

Struktur Organisasi

Posisi-posisi dalam suatu korporasi ditentukan oleh kepentingan dan tanggung jawabnya dalam memenuhi tujuan bisnis korporasi. Sebagai contoh, jika eksekutif dalam suatu perusahaan menentukan bahwa fokus perusahaan ada di bagian pemasaran, perusahaan akan menentukan bagaimana mengerahkan sumber daya untuk mencapai fokus tersebut. Sumber daya dapat didefinisikan sebagai segala sesuatu mulai dari menyediakan prioritas anggaran yang lebih besar untuk pasokan dan barang-barang baru sampai menciptakan suatu departemen yang sama sekali baru dengan berbagai posisi agar dapat memenuhi tujuan-tujuan bisnis perusahaan.

Saat tujuan perusahaan telah ditentukan dan korporasi telah membuat keputusan mengenai ke mana sumber daya akan dicurahkan, deskripsi posisi yang jelas harus dikembangkan. Penting untuk dicatat bahwa ukuran dan tujuan budaya perusahaan dapat menentukan pentingnya seorang farmasis di dalam perusahaan. Sebagai contoh, jika bagian apotek dalam suatu organisasi mewakili 70 persen dari keuntungan kotor total perusahaan, perusahaan ini akan lebih sensitif dalam mengakui dan mengembangkan farmasisnya dibandingkan dengan suatu organisasi yang apoteknya hanya mewakili 10 persen dari keuntungan kotor total perusahaan.

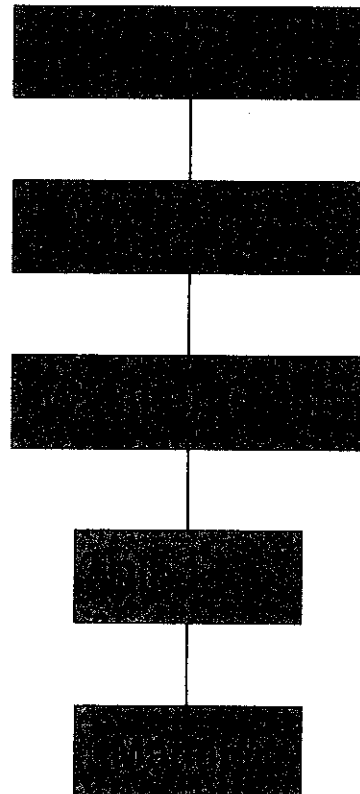
Komponen Deskripsi Kerja	
Nama Posisi	
Garis pelaporan	
Lokasi	
Nomor pekerjaan	
Status kerja	
Tingkat supervisor yang diterima	
Tempat kerja	
Kontak konsumen internal	
Kontak konsumen eksternal	
Tanggal pembuatan/revisi	
Ringkasan deskripsi kerja	
Tugas dan tanggung jawab utama	
Tanggung jawab pengawasan	
Syarat kualifikasi	
Pendidikan dan/atau pengalaman	
Keterampilan bahasa	
Keterampilan matematika	
Kemampuan penalaran	
Keterampilan, kemampuan, dan/atau pelatihan lainnya	
Sertifikat, lisensi, dan/atau registrasi	
Tuntutan fisik	
Lingkungan kerja	

Deskripsi sebenarnya dari suatu posisi dinamakan deskripsi kerja. Tabel 33-1 memberikan ilustrasi komponen-komponen dari suatu deskripsi kerja.

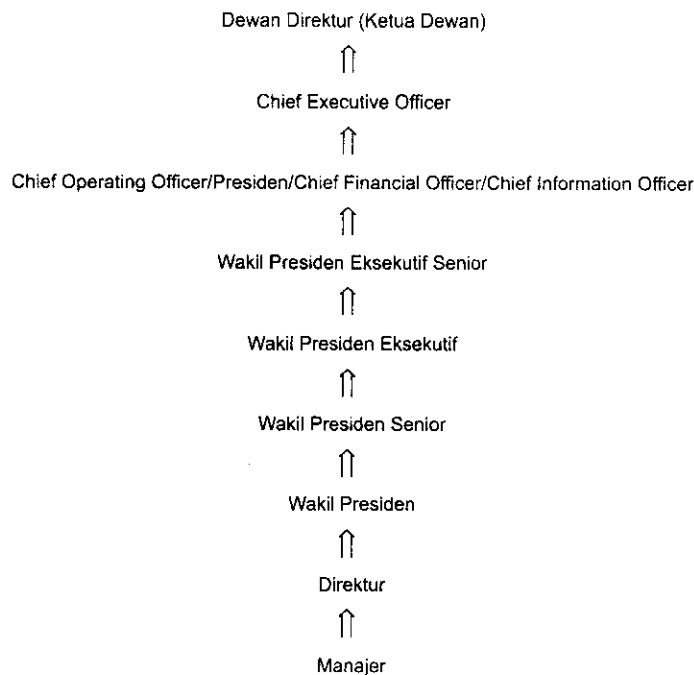
Beberapa poin tambahan dapat ditambahkan pada deskripsi kerja berdasarkan karakteristik dari korporasi dan kebutuhan spesifik yang menentukan sebuah posisi. Sebagai contoh, suatu korporasi yang memiliki beragam pekerjaan pada bidang distribusi, pemasaran, dan operasional akan memiliki deskripsi kerja yang beragam berdasarkan pekerjaan yang dilakukan.

Hirarki dalam suatu korporasi juga ditentukan oleh nama posisi. Gambar 33-1 merupakan bagan organisasi yang singkat dalam suatu korporasi.

Posisi-posisi tersebut dapat memiliki tambahan awalan yang dapat mengubah signifikansi posisi di dalam suatu organisasi. Sebagai contoh, kata *asisten* dapat ditambahkan pada awal jabatan *manajer* untuk membuatnya jadi *asisten manajer*, yang tingkatannya lebih rendah dari manajer yang sebenarnya. Sebaliknya, meletakkan kata *senior* setelah jabatan manajer menghasilkan *manajer senior*, yang akan memberikan tingkatan di atas manajer yang sebenarnya. Teknik ini dapat digunakan untuk posisi apa pun di dalam suatu organisasi. Ketika suatu jabatan diubah, deskripsi kerjanya harus mengikuti hirarki. Jika suatu posisi yang diciptakan memiliki tingkatan yang lebih tinggi dalam organisasi, deskripsi



Gambar 33-1. Suatu bagan singkat organisasi.



Gambar 33-2. Bagan organisasi dasar perusahaan publik.

kerja harus mencerminkan tambahan tanggung jawab dibandingkan posisi sebelumnya, dan sebaliknya.

Bagan organisasi menjadi semakin rumit seiring dengan pertumbuhan perusahaan (Gambar 33-2). Departemen dapat diciptakan berdasarkan kebutuhan dan tujuan organisasi pada tahun fiskal tersebut. Banyak organisasi secara tipikal beroperasi dengan menggunakan tahun kalender dari 1 Januari sampai 31 Desember sebagai tahun fiskal mereka. Akan tetapi, beberapa organisasi, karena sifat bisnisnya atau jika perusahaan sudah *go-public* (mengeluarkan saham publik), mereka dapat beroperasi pada suatu jadwal alternatif.

Beberapa bagian, seperti pemasaran, akunting, distribusi, sumber daya manusia, sistem informasi, legal, dan operasional, biasa terdapat pada kebanyakan organisasi. Setiap bagian ini harus mempunyai kepala bagian yang mengawasi arah dari departement tersebut. Kepala bagian kemudian melaporkan kepada *chief executive officer* (CEO) atau personel lain pada puncak organisasi, seperti *chief operating officer* (COO) atau presiden.

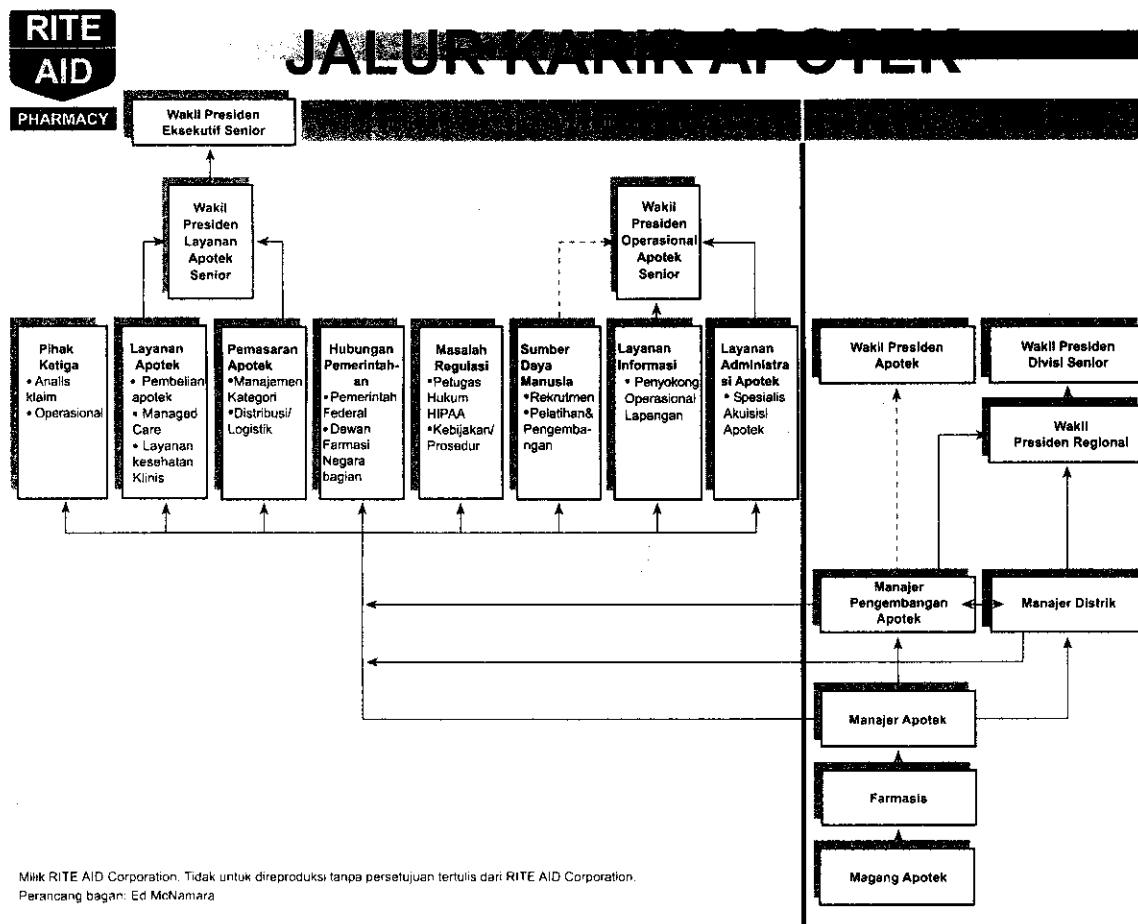
Dewan direksi mendefinisikan keseluruhan panduan kerja korporasi. Dewan direksi merupakan badan “pemerintahan”, yang terdiri dari berbagai perwakilan baik dari dalam maupun luar perusahaan. Dewan direksi bertanggung jawab mengawasi fungsi-fungsi kerja dari bisnis tanpa terlibat dalam operasional harian bisnis. Dewan secara khusus bertemu setiap kuartal tapi dapat juga lebih sering. Dimungkinkan ada rapat-rapat mendadak yang diadakan untuk memilih topik-topik yang mendesak. Dewan mempunyai wakil senior, yaitu kepala dewan, yang dipilih oleh anggota dewan.

Jika bekerja dengan perusahaan publik, sangat penting untuk mengetahui bahwa dewan direksi bertanggung jawab kepada organisasi-organisasi pemerintah seperti *Securities and Exchange Commission* (SEC).

Kasus Apotek Jaringan Ritel

Bagaimana dengan jalur karir untuk seorang farmasis? Posisi-posisi mana yang dapat diinginkan seorang farmasis dalam suatu apotek jaringan? Hal ini kebanyakan tergantung pada perusahaan dan budaya kerjanya. Apakah perusahaan memfokuskan diri pada apotek, dan apakah perusahaan mempromosikan ke internal organisasinya? Jika jawaban untuk kedua pertanyaan ini adalah “Ya”, ada suatu kesempatan yang sangat baik bagi seorang farmasis dapat naik jabatan ke hampir posisi apapun di dalam perusahaan. Gambar 33-3 menunjukkan suatu bagan organisasi untuk apotek Rite Aid Corporation, yang menggambarkan berbagai bidang yang farmasis dapat bekerja di dalamnya.

Para farmasis mempunyai prospek mobilitas ke atas pada banyak organisasi apotek jaringan. Sebagai contoh, farmasis mengisi 100 persen posisi manajer pengembangan apotek (*pharmacy development manager*, PDM) seperti ditunjukkan pada Gambar 33-3. seorang PDM mengawasi pekerjaan sekitar 25 apotek di suatu daerah. Suatu manajer distrik (*district manager*, DM) merupakan sebuah posisi manajemen lapangan; tetapi tidak seperti PDM, seorang DM mengawasi operasional perdagangan produk di bagian terdepan toko. Suatu posisi DM tidak dipersyaratkan harus



Gambar 33-3. Bagan organisasi terperinci untuk sebuah jaringan apotek nasional.

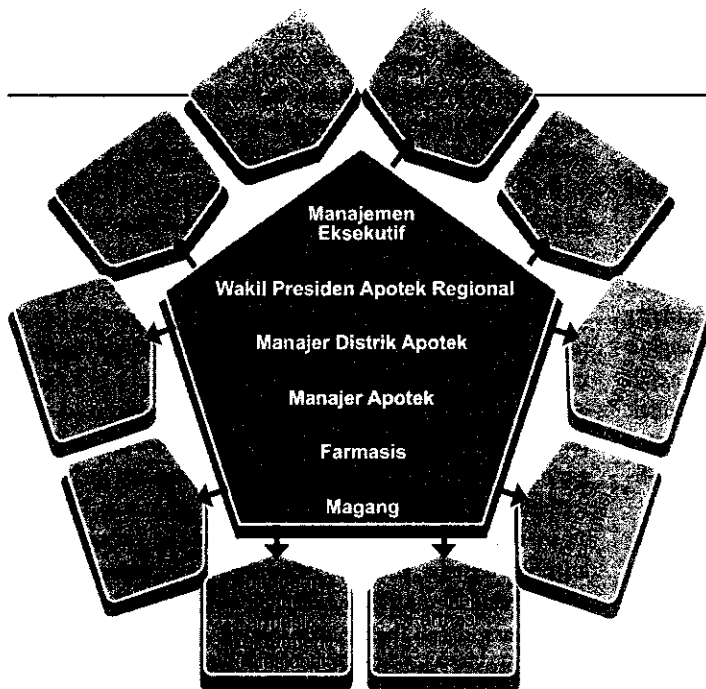
dipegang oleh farmasis. DM bekerja secara dekat dengan bagian perdagangan dan pemasok yang produknya ada pada wilayah kerja spesifik dari DM itu. Posisi PDM dan DM memiliki deskripsi kerja yang spesifik, tetapi deskripsi kerja dan syarat posisi berubah dengan perubahan nama jabatan. Sebagai contoh, jabatan *wakil presiden* tidak memiliki fokus terhadap departemen sampai nama departemen itu ditambahkan pada nama jabatannya, seperti *wakil presiden, operasional apotek*.

Berdasarkan contoh sebelumnya, ada sejumlah posisi di dalam apotek jaringan ritel yang dapat diambil seorang farmasis. Gambar 33-4 menunjukkan bagaimana suatu gelar dalam farmasi mendapat beragam kesempatan karir di dalam suatu organisasi. Kunci untuk semua posisi ini adalah memulai karir sebagai tenaga magang atau tenaga magang pasca-lulus untuk suatu perusahaan. Posisi-posisi ini dapat dimanfaatkan oleh kandidat mempelajari lebih banyak tentang organisasi dan karakteristik, tanggung jawab, serta perilaku yang diperlukan untuk membuat organisasi menjadi sukses.

Saat seorang pekerja magang telah lulus dari sekolah

farmasi dan menjadi seorang pekerja magang pasca-lulus, rintangan berikutnya adalah mengikuti dan lulus ujian negara untuk memperoleh lisensi ditambah pemeriksaan lanjutan yang dipersyaratkan untuk melakukan praktik pada negara-negara bagian tertentu. Setelah verifikasi lisensi dibuat, pekerja magang dapat berpraktik sebagai farmasis. Bagi seorang farmasis untuk bergerak ke tingkatan berikutnya di dalam korporasi, seperti manajer apotek, atau untuk manajer apotek berpindah ke tingkatan manajer pengembangan apotek, diadakan serangkaian evaluasi. Banyak organisasi di apotek menekankan penilaian kinerja tahunan untuk para kolega. Suatu penilaian dapat juga dijadwalkan lebih sering dari sekali setahun. Peninjauan dapat dijadwalkan tiap 3, 6, atau 9 bulan jika para pekerja memerlukan bimbingan atau jika ia menginginkan kenaikan jabatan di dalam organisasi. Salah satu dari sistem penilaian kontemporer terbaik adalah yang mengandung tiga bagian, seperti

1. Penilaian kinerja dari supervisor
2. Suatu penilaian diri dari kolega yang sedang dievaluasi



PERKEMBANGAN KARIR APOTEK



Milik RITE AID Corporation. Tidak untuk direproduksi tanpa persetujuan tertulis dari RITE AID Corporation. Perancang bagan: Ed McNamara

Gambar 33-4. Bagan perkembangan karir apotek.

3. Suatu penilaian kinerja tambahan yang berisi rencana kerja untuk pelatihan dan pendidikan bagi kandidat.

Penilaian tidak selamanya dilakukan sendirian oleh seorang supervisor dari kolega. Penilaian dapat dilakukan oleh seorang atasan kedua yang bekerja sama dengan kandidat tapi mendapatkan laporan kepadanya, oleh mitra dari kolega (terutama jika mereka bekerja di dalam suatu lingkungan yang melibatkan tim proyek yang tetap), atau suatu pemasok atau konsumen luar jika pekerjaan itu melibatkan komunikasi dan pembangunan hubungan yang sering dengan rekan-rekan dari luar perusahaan.

Perolehan pengetahuan yang signifikan tentang obat-obatan dan terapi obat merupakan harapan dari seorang farmasis yang sudah mendapatkan lisensi, tetapi aktualisasi dari keahlian manajemen dan sumber daya manusia yang sering diperlukan oleh seorang farmasis untuk dapat diakui serta dievaluasi untuk kenaikan jabatan. Aspek-aspek penting dalam operasional apotek komunitas jaringan yang ditinjau selama evaluasi kolega adalah

- Kepuasan konsumen
- Penahanan biaya—laporan keuntungan dan kerugian (*profit and loss statements*, P&L)
- Manajemen personalia

Kepuasan konsumen adalah hal yang berbeda dari layanan konsumen. Layanan konsumen merupakan salah satu aspek kepuasan konsumen. Untuk memuaskan seorang konsumen melibatkan antisipasi dari hal-hal yang dilihat seorang konsumen untuk membeli, inventarisasi dari produk, lokasi produk di dalam toko, ketersediaan personel untuk melayani konsumen secara tepat waktu dan bersahabat, kenyamanan, serta harga dari produk.

Praktik apotek jaringan bersifat menantang karena beragamnya kebutuhan dari konsumen. Salah satu dari cara terbaik untuk menilai kepuasan konsumen adalah dengan terus-menerus melakukan survei terhadap konsumen melalui survei elektronik, kartu komentar, atau suatu situs *Web* yang konsumen dapat menyuarakan pendapat mereka tentang personel apotek. Setelah kartu komentar diterima untuk dievaluasi, memasukkan hasilnya ke dalam basis data komputer untuk analisis cepat dapat memberikan suatu landasan bagi apotek untuk menentukan bagaimana apotek dapat memperbaiki kemampuannya dalam memuaskan konsumennya dan bagaimana apotek akan menjadwalkan pelatihan untuk para kolega.

Sebagai contoh, paling tidak satu apotek jaringan nasional mempunyai satu program pelatihan kepuasan konsumen untuk para kolega. Para manajer apotek bertanggung jawab atas semua kolega baru dan atas para kolega berpengalaman

untuk mengikuti pelatihan. Ada program imbalan yang memberikan kartu hadiah pada para kolega jika mereka memberikan kepuasan konsumen dengan baik sekali. Hal ini adalah satu contoh dari "menangkap" orang saat mengerjakan perilaku yang baik dan memberi mereka imbalan untuk perilaku tersebut.

Laporan keuntungan dan kerugian adalah perangkat manajemen yang digunakan untuk mengukur bagaimana kinerja perusahaan secara finansial. Setiap toko mempunyai laporan keuntungan dan kerugiannya sendiri. Jika seorang farmasis dan manajer apotek dikunjungi oleh manajer pengembangan apotek, laporan keuntungan dan kerugian ditinjau untuk memastikan bahwa posisi perusahaan telah berada sesuai atau di dalam rencana. Jika apotek tidak berjalan sesuai rencana, bidang terkait dievaluasi, suatu rencana kerja dibuat dan dilakukan untuk mencapai hasil-hasil yang diinginkan.

Manajemen pribadi merupakan faktor ketiga saat sedang melakukan evaluasi kinerja sebuah apotek. Jika seorang kolega menjalani proses penilaian, bukanlah hal yang tidak umum mitra kerjanya melakukan evaluasi terhadap kemajuannya. Bagian dari evaluasi ini dirancang untuk mendorong kemampuan kepemimpinan tim dan berinteraksi. Perusahaan-perusahaan menjadi semakin tertarik menawarkan kursus-kursus pengembangan manajemen kepada para kolega yang berminat untuk dipromosikan. Sebagai contoh, pelatihan langsung dapat diberikan pada para kolega untuk memahami pentingnya kemampuan komunikasi untuk bekerja di apotek. Kursus-kursus yang disampaikan melalui CD-ROM, internet, atau studi mandiri menawarkan sejumlah pilihan bagi para kolega untuk merancang pengembangan mereka. Jika seorang supervisor atau mitra merasa bahwa seorang kolega yang dievaluasi bisa mendapat manfaat dari kursus, dia bisa memberikan rekomendasi saat evaluasi, atau seorang supervisor dapat menyarankan pilihan kursus bagi para kolega untuk memfokuskan mereka pada pengembangan itu.

Awal karir baru mungkin sangat menyenangkan tapi dapat juga membingungkan jika farmasis tidak menyadari jalur karir yang potensial. Suatu tolok ukur sumber daya manusia yang khas untuk menentukan apakah seseorang telah menjadi seorang profesional adalah jika ia tetap berada pada suatu posisi selama sekitar 3 tahun. Tiga tahun pertama dalam sebuah karir dapat menentukan keberhasilan atau perjuangan. Dalam sumber daya manusia, dikenal bahwa kinerja terbaik seseorang secara khusus berada pada tahun pertama posisi yang bersangkutan. Kinerja dapat dicapai dalam waktu singkat (dikenal dengan "*quick win*"). Jika kandidat terus melampaui tujuan operasional dalam tahun ke 2 dan 3, ia siap untuk mengambil lebih banyak tanggung jawab bisnis, seperti dalam hal keuangan dan aspek lainnya dari pengelolaan toko.

Setelah seorang farmasis menjadi seorang manajer apotek,

ia memiliki tanggung jawab untuk mempertahankan posisi manajer sesuai hukum farmasi negara bagian dan harapan dari organisasi. Setelah manajer apotek membuktikan bahwa ia dapat mematuhi dan kemudian melampaui harapan, ia dapat menjadi kandidat untuk promosi. Pada bagan organisasi seperti ditunjukkan pada Gambar 33-3 dan 33-4, manajer farmasi mempunyai kesempatan untuk pindah ke kantor korporat atau naik ke posisi operasional lapangan. Jalur karir yang lebih khusus untuk seorang manajer apotek adalah ke posisi operator lapangan, tetapi sesekali suatu posisi korporat akan terbuka bagi manajer apotek. Posisi operator lapangan mungkin mempunyai lebih dari satu atasan, dan garis-garis menggambarkan tanggung jawab pelaporan ke atasan. Suatu garis lurus pelaporan mengandung arti bahwa posisi tersebut melaporkan secara langsung kepada posisi di atasnya, dan suatu garis pelaporan putus-putus mengandung arti bahwa posisi tersebut mempunyai tanggung jawab pelaporan ke posisi di atasnya, tetapi bukan merupakan atasan langsung. Jika posisi korporat tersedia, ada banyak hal yang harus dipertimbangkan, seperti relokasi yang mungkin, jam kerja yang bervariasi, suatu posisi yang digaji (bekerjalah sampai Anda mencapai tujuan-tujuan proyek Anda berapapun lama penyelesaiannya), politik, dan tanggung jawab yang meningkat secara keseluruhan.

Suatu jalur karir merupakan kombinasi dari manajemen pribadi, manajemen keuangan, dan manajemen operasional. Jika ketiganya telah dicapai, kandidat mempunyai potensi untuk suatu karir yang sangat baik. Amat sering para eksekutif ditanya, "Bagaimana saya dapat naik jabatan di organisasi Anda?" Berikut ini adalah beberapa saran yang dapat membantu:

- Bacalah sebuah surat kabar setiap hari.
- Bacalah sebuah buku manajemen bisnis terbaru.
- Bacalah sebuah majalah tentang peristiwa-peristiwa terkini ini setiap minggu.
- Terlibatlah dalam organisasi-organisasi farmasi.
- Terlibatlah dalam organisasi sosial.
- Belajarlah banyak bahasa.
- Jadilah seorang mentor bagi tenaga magang, teknisi, atau pelajar sekolah lanjutan atas.
- Mendaftarlah dalam suatu kelas manajemen atau ambillah suatu kursus dalam spesialisasi apotek.
- Siapkan/perbaharuilah resume—berhati-hatilah dengan kesalahan pengejaan.
- Mendaftarlah pada sebuah kursus etika bisnis.

Di samping pengembangan pribadi, ada beberapa jebakan yang harus dihindari:

- *Jangan pernah terlambat bekerja.* Selalu lapor untuk bekerja paling tidak 10 menit sebelum jadwal Anda dan tetapkan tinggal sampai tempat kerja Anda dibersihkan

setelah *shift* Anda. Hal ini akan menciptakan kesan bahwa Anda adalah seorang rekan yang bertanggung jawab di lingkungan kerja, dan rekan Anda tidak akan mulai kerja dengan tempat kerja yang tidak rapi keesokan paginya.

- *Selalu tinggalkan tempat dalam kondisi yang lebih baik* (lebih bersih, lebih rapi) daripada pada saat Anda tiba.
- *Jangan pernah menggigit tangan yang menyuapi anda* (jangan melawan terhadap orang-orang tempat Anda bergantung). Ini tidak saja termasuk tangan bos Anda, tetapi juga tangan kepala bagian Anda dan, yang paling penting, perusahaan yang membayar upah Anda.
- Jika Anda diminta menyerahkan suatu proyek untuk supervisor Anda, *serahkanlah sebelum tenggat waktu*.
- Selalu ingat untuk *bertanya pada rekan kerja Anda bagaimana Anda dapat membantunya* daripada tidak menawarkan pertolongan.
- *Pikirkanlah orang lain jika bekerja dengan printer, stapler, dan peralatan kantor lainnya*. Sebagai contoh, jangan meninggalkan printer tanpa kertas, mesin *photocopy* tanpa kertas, atau jika Anda adalah orang terakhir yang memakai stapler, isi kembali stapler.
- *Selalu ikuti kebijakan berpakaian perusahaan dan representasikan diri Anda sebagai profesional saat ini dan di masa yang akan datang*. Ini termasuk lencana nama atau identifikasi yang sesuai.
- *Pastikan bahwa Anda selalu bersih dan rapi sebagai profesional*. Kebersihan tidak saja diakui oleh rekan kerja dan supervisor tapi juga oleh konsumen/pasien.
- *Selalu sapa rekan kerja anda setiap pagi dan katakan 'Sampai jumpa' jika meninggalkan kerja* tanpa memandang posisi mereka di perusahaan. Anda tidak akan pernah tahu siapa atasan Anda selanjutnya, jadi bersikap baiklah pada setiap orang.
- *Jangan menggosip tentang orang lain*. Hal ini tidak profesional dan dapat merusak reputasi mereka. Ingatlah bahwa aksioma "*what comes around goes around*" (apapun yang Anda lakukan dalam hidup ini terhadap orang lain, baik atau buruk, hal yang sama akan kembali kepada Anda) juga terjadi dalam dunia korporasi.
- *Jagalah informasi pribadi tetap pribadi*. Jangan membahas permasalahan Anda di tempat kerja atau dengan rekan kerja. Hal ini termasuk jumlah upah yang Anda terima dan keuntungan-keuntungan tambahan.

■ PENINJAUAN ULANG SKENARIO

Emily berkata pada Elizabeth, "Terima kasih banyak telah meluangkan waktu untuk menunjukkan kepada saya tempat yang dapat diminati seorang farmasis di dalam perusahaan kita. Hal ini betul-betul membantu saya memahami perusahaan kita dengan lebih baik, dan saya lebih senang bekerja pada posisi operator lapangan."

"Bagus," kata Elizabeth. "Saat saya di sini di lain waktu, mari kita rencanakan suatu audit untuk perusahaan pihak ketiga, mengunjungi beberapa apotek, dan melakukan persiapan inventarisasi."

"Terima kasih," kata Emily. "Saya sangat menghargakannya."

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Aspek apa yang paling menantang dalam menciptakan budaya yang mencerminkan titik pandang tiap kolega?
2. Peluang apa saja di dalam praktik apotek jaringan yang paling Anda minati?
3. Apakah Anda melihat diri Anda bergerak naik pada jenjang karir korporasi di dalam suatu organisasi apotek jaringan? Mengapa ya atau mengapa tidak? Jika tidak, apa yang dapat Anda perbuat untuk menjadikan diri Anda seorang kandidat yang lebih pantas mendapatkannya?

REFERENSI

- Blanchard K. 2002. *Whale Done!—The Power of Positive Relationships*, hlm. 40 dan 42. New York: Free Press.
- Bossidy L, Charan R. 2002. *Execution—The Discipline of Getting Things Done*, hlm. 85-86, 109-113. New York: Crown Business.
- Chowdhury S. 2001. *The Poer of Six Sigma*, hlm. 19, 22, 24-25. Chicago: Dearborn Trade.
- Lyles D. 2000. *Winning Ways—4 Secrets for Getting Great Results by Working Well with People*, hlm. 48, 62, 75, 86. New York: Putnam.

APLIKASI DALAM PRAKTIK APOTEK RUMAH SAKIT

Frank Massaro dan William A. Gouveia

Tentang Penulis: Frank Massaro adalah Manajer Praktik Farmasi di Tufts-New England Medical Center. Dr. Massaro mengelola program-program klinis untuk Departemen Farmasi dan bertanggung jawab untuk pengembangan profesionalitas dari staf farmasis. Beliau adalah anggota dari tim perawatan pasien General Internal Medicine dan anggota aktif dari beberapa komite perbaikan kinerja interdepartemen. Dr. Massaro menerima kedua gelar B.S. farmasi dan D. Pharm dari Philadelphia College of Pharmacy and Science. Beliau menyelesaikan residensi di apotek rumah sakit di New England Medical Center. Saat ini Dr. Massaro mengabdikan diri di Tufts University School of Medicine, Bouve College of Health Sciences dari Northeastern University, dan Massachusetts College of Pharmacy and Health Science.

Mr. Gouveia telah menjabat sebagai Direktur Farmasi di Tufts New England Medical Center selama 35 tahun. Mr. Gouveia telah menjabat dalam sejumlah posisi editorial dengan *American Journal of Health-System Pharmacy*, sebagian besar baru-baru ini sebagai editor senior, manajemen praktik farmasi. Mr. Gouveia menerima gelar B.S. bidang farmasi dan M.S. di bidang administrasi farmasi rumah sakit dari Northeastern University College of Pharmacy. Beliau menjadi Chairman of the American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) Commission on Goals dan terpilih sebagai Fellow dari ASHP pada tahun 1993. Beliau menerima ASHP Research and Education Foundation Award untuk Achievement for Sustained Contributions to the Literature dan Outstanding Alumny Award dalam bidang Ilmu Kesehatan Northeastern University. Pada tahun 1999, Beliau menerima Harvey Whitney AK Lecture Award, kehormatan tertinggi sistem kesehatan farmasi, dari ASHP. Saat ini Mr. Gouveia mengabdikan diri di Tufts University School of Medicine, Bouve College of Health Sciences dari Northeastern University, dan Massachusetts College of Pharmacy and Health Science.

■ TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, para mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menggambarkan bagan khas organisasi, struktur manajemen, dan aliran informasi untuk rumah sakit dan departemen farmasi sebuah rumah sakit
2. Menjelaskan integrasi klinis dan peran manajerial yang diasumsikan oleh farmasis di rumah sakit.
3. Mengidentifikasi dan menjelaskan model pengelolaan layanan farmasis klinis di rumah sakit.
4. Menjelaskan masalah anggaran yang dihadapi departemen farmasi rumah sakit. Mengidentifikasi strategi-strategi yang dilakukan oleh direktur departemen dan staf farmasis untuk mengurangi biaya operasional tanpa mengorbankan perawatan pasien.

5. Mengidentifikasi strategi-strategi untuk mengelola personel, termasuk farmasis klinis, di apotek rumah sakit.

■ PENDAHULUAN

Setiap farmasis rumah sakit adalah seorang manajer. Tiap farmasis harus mendapatkan, mempertahankan, dan terus-menerus memperbarui pengetahuan yang khusus dan unik. Setiap farmasis harus belajar untuk mengarahkan, memberi dukungan, membujuk, mendisiplinkan, dan berkolaborasi dengan orang lain. Setiap farmasis diharapkan untuk memahami dan menggunakan prinsip-prinsip akuntansi, keuangan, ekonomi, pemasaran, dan informatika. Memang, perawatan pasien yang optimal bergantung pada kemampuan seorang farmasis untuk menerapkan ilmu pengobatan dan kemampuannya untuk menangani orang-orang dan informasi.

Dalam banyak situasi, seorang farmasis dengan keterampilan manajemen yang sangat baik dan pengetahuan klinis rata-rata, lebih efektif daripada seorang farmasis dengan keterampilan manajemen yang buruk dan basis pengetahuan yang sangat baik. Bayangkan farmasis klinis yang terlihat menangani dan memecahkan masalah dengan mudah dibandingkan dengan farmasis yang memiliki kesulitan bahkan dalam pengumpulan informasi dasar untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan. Paradoks ini telah membuat beberapa orang menganggap keterampilan dalam mengelola sebagai "pengalaman" atau "penilaian." Untuk lebih memastikan, kemampuan dapat diperbaiki dengan belajar dan pengalaman. Namun, mengelola anggaran atau sekelompok individu bukanlah merupakan proses yang misterius. Ini adalah metode yang serupa dengan proses pemecahan masalah klinis. Ini adalah metode yang dapat diajarkan dan dipelajari dengan baik. Hal ini membutuhkan pengetahuan dan keterampilan. Dan keterampilan ini dapat diperbaiki hanya melalui latihan.

■ SKENARIO 1

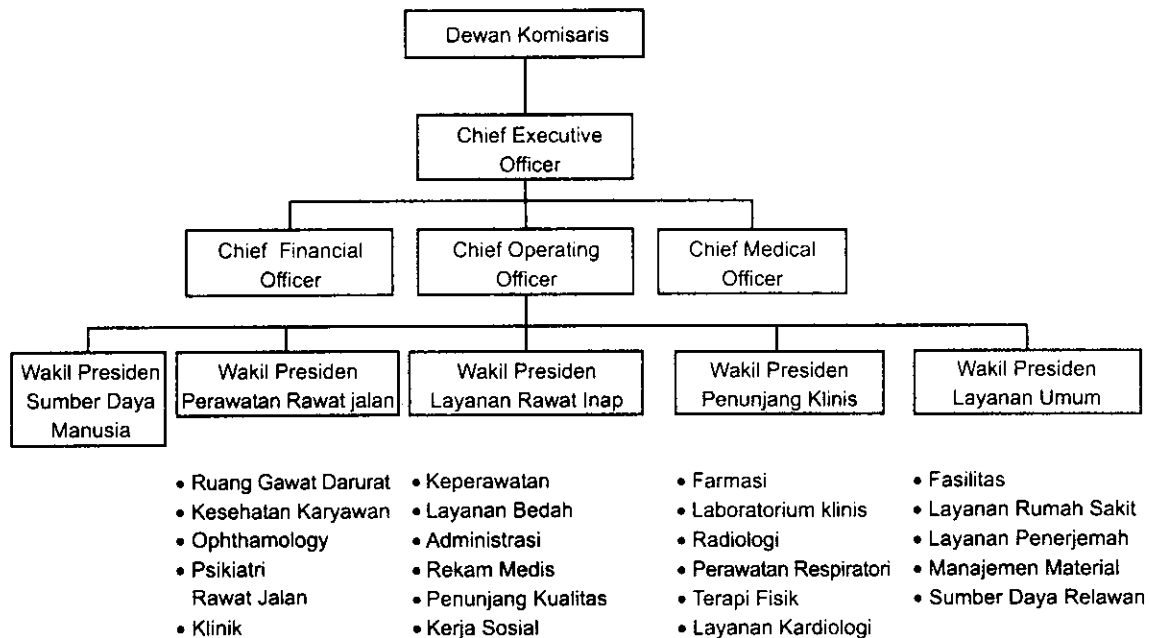
Sebagai farmasis klinis perawatan kritis selama 10 tahun, Ken telah melakukan semua tugasnya sebagai farmasis rumah sakit. Dia telah menyediakan perawatan kefarmasian kepada tiap-tiap pasien, bekerja dalam sebuah apotek satelit, membimbing mahasiswa dan residensi, mengajarkan perawatan kritis dalam kursus di sekolah farmasi, dan menerbitkan artikel jurnal. Dia adalah seorang klinisi yang sukses dan sangat dihormati oleh rekan-rekannya, oleh komunitas medis, dan oleh staf perawat. Pada titik tertentu Ken memutuskan bahwa sudah waktunya untuk perubahan. Meskipun ia masih menikmati merawat pasien per individu, ia merindukan kesempatan untuk memberi kontribusi bagi pasien dengan jumlah besar. Dia ingin

memberikan kontribusi pada konteks yang lebih luas dari sistem kesehatan. Jadi, ketika ada kesempatan untuk mengembangkan program pengelolaan antimikroba yang luas dalam rumah sakit, Ken dengan senang hati menerima tantangan itu. Setelah hanya satu tahun di posisi baru, Ken mampu menunjukkan perbaikan yang sesuai dengan penggunaan obat-obatan anti infeksi yang tepat sekaligus mengurangi biaya obat dan menggambarkan rencana yang komprehensif untuk masa depan. Dia mampu mendapatkan dukungan dari manajer senior rumah sakit, dokter, dan farmasis. Dia mampu mendokumentasikan dampak positif luaran pasien. Kualitas pelayanan farmasi yang diberikan dan posisi keuangan rumah sakit diperbaiki. Bagaimana semua ini mungkin terjadi dalam waktu sesingkat itu?

■ LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

Farmasis di Skenario 1, seperti juga banyak praktisi lain, merupakan klinisi ahli. Kesuksesannya sebagai farmasis perawatan kritis didukung oleh pendidikan formalnya dan hubungan kerja yang erat dengan staf medis dan bedah. Keberhasilannya sebagai pemimpin sebuah program skala rumah sakit tidaklah lebih mengejutkan. Ken hanya menerapkan keterampilan yang sama yang digunakan dalam merawat pasien dalam mengembangkan layanan klinis yang baru. Dia bekerja mengidentifikasi jenis informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan. Dia menghasilkan daftar yang diartikulasikan tujuannya dengan jelas dan mengumpulkan sumber data yang diperlukan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Langkah pertamanya adalah untuk memahami bagaimana rumah sakit ini tersusun.

Gambar 34-1 memperlihatkan sebuah bagan organisasi rumah sakit umum. Grafik menunjukkan struktur pelaporan dan jalur komunikasi formal dalam institusi. Penting untuk menyadari bahwa posisi departemen farmasi dan atasan yang kepadanya direktur farmasi melakukan pelaporan dapat secara signifikan memengaruhi bagaimana para manajer senior dan yang lainnya memandang apotek. Misalnya, jika direktur farmasi melapor kepada pengelola layanan penyokong bersama dengan bagian rumah tangga, pemeliharaan, dan keamanan, farmasi lebih cenderung dipandang sebagai departemen pelayanan yang tidak terlibat langsung dalam perawatan pasien. Di sisi lain, jika farmasi berada di bawah divisi perawatan pasien bersama dengan radiologi, laboratorium klinis, dan gawat darurat, farmasi lebih cenderung dipandang sebagai partisipan dalam perawatan pasien secara langsung. Gambar 34-2 menunjukkan bagan organisasi untuk departemen farmasi yang khas. Grafik menunjuk isyarat pada sifat yang berorientasi informasi-, produk-, dan hasil- pada



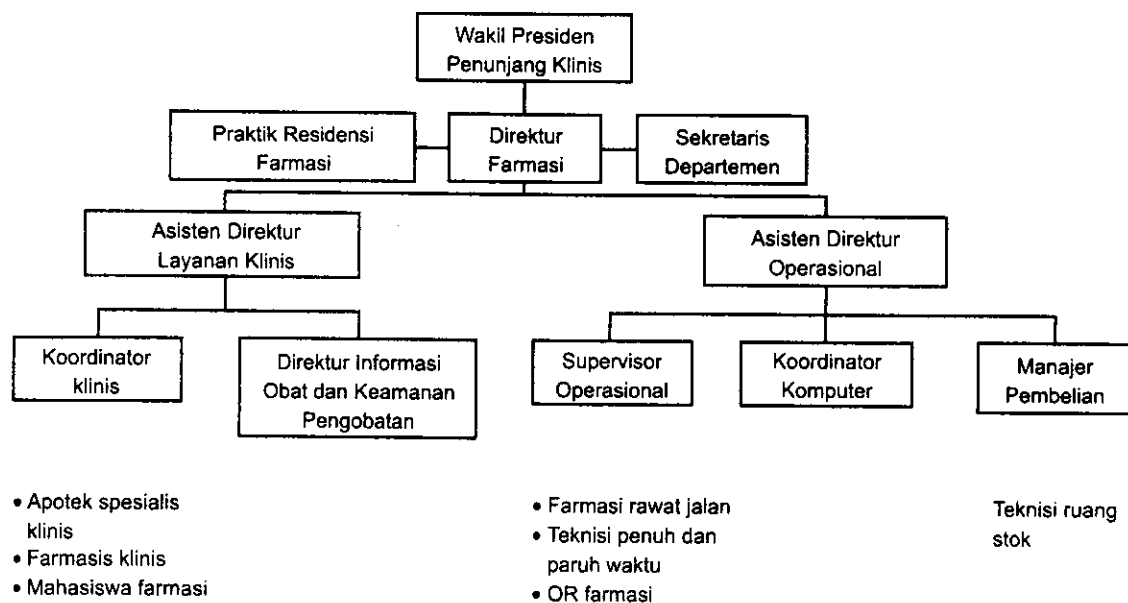
Gambar 34-1. Bagan organisasi rumah sakit.

profesi. Petunjuk itu juga memberikan beberapa indikasi tujuan utama apotek, yaitu untuk mengontrol akuisisi dan penggunaan obat-obatan sehingga terapi obat pasien adalah tepat, aman, dan berbiaya efektif serta mencapai hasil yang tepat.

Ketika seorang farmasis menerima pekerjaan pertamanya di sebuah apotek rumah sakit, penting baginya memahami struktur sistem kontrol obat. Kontrol menyatakan akuntabilitas secara tidak langsung, bukan demi dirinya sendiri, tetapi untuk meningkatkan keamanan, efektivitas, dan ekonomi ketika obat digunakan dalam perawatan pasien. Akuntabilitas untuk terapi obat ini dapat dicapai melalui berbagai fungsi apotek. Farmasis memutuskan bagaimana obat dipilih dan diperoleh, bagaimana obat dipesan untuk setiap pasien, dan bagaimana obat dipersiapkan untuk pemberian. Farmasis memantau manfaat terapeutik atau mungkin kerugian yang mungkin disebabkan dari penggunaan obat-obatan dan biaya yang terkait dengan layanan ini.

Meskipun cakupan layanan farmasi bervariasi antar rumah sakit tergantung pada kebutuhan pasien yang dilayani, ada beberapa standar minimum yang harus dipenuhi sebuah rumah sakit. Standar ini menjadi dasar untuk evaluasi, peninjauan, dan penetapan tujuan bagi direktur apotek rumah sakit. American Society for Health-System Pharmacists (ASHP) telah mengembangkan daftar standar praktik yang mendefinisikan praktik profesional yang dapat diterima (American Society of Health-System Pharmacists, 2006a, hlm. 297). Keenam standar dasar itu adalah

1. Apotek harus dikelola oleh seorang profesional yang kompeten, farmasis yang memenuhi syarat secara hukum. Direktur pelayanan farmasi harus benar-benar mengetahui tentang praktik farmasi rumah sakit dan manajemen.
2. Farmasis akan memberikan obat spesifik untuk pasien serta informasi yang akurat dan komprehensif tentang obat-obatan kepada farmasis lainnya, profesional kesehatan, dan pasien dengan tepat.
3. Farmasis, dalam persetujuan dengan staf medis dan keperawatan, harus membuat kebijakan dan prosedur untuk memastikan kualitas terapi obat. Hal ini harus mencakup proses yang dirancang untuk memastikan keamanan dan keefektifan penggunaan obat-obatan dan untuk meningkatkan kemungkinan luaran yang diinginkan pasien.
4. Apotek bertanggung jawab untuk pengadaan, distribusi, dan kontrol *semua* produk obat yang digunakan di rumah sakit.
5. Ruang yang cukup, peralatan dan perlengkapan serta fungsi-fungsi administrasi yang berkaitan dengan penggunaan obat-obatan harus tersedia untuk semua profesional, untuk memastikan optimalnya kinerja operasional dan kualitas perawatan pasien.
6. Farmasis harus memprakarsai, berpartisipasi, serta mendukung riset medis dan farmasi yang sesuai dengan tujuan, sasaran, dan sumber daya dari rumah sakit tertentu.



Gambar 34-2. Bagan organisasi departemen farmasi.

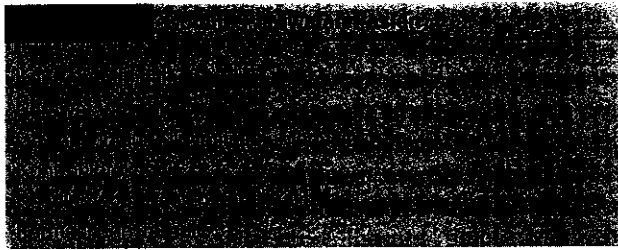
Dewan farmasi negara bagian dan departemen kesehatan masyarakat juga memengaruhi praktik farmasi rumah sakit. Dewan farmasi negara bagian bertindak sebagai badan perizinan untuk lokasi apotek dan orang-orang yang boleh berpraktik. Tugas utama dari departemen kesehatan publik (*department of public health*, DPH) adalah untuk menegakkan kepentingan publik dalam hal kualitas pelayanan farmasi di dalam undang-undang dan peraturan negara. Dalam memenuhi kewajiban ini melalui evaluasi apotek, dewan farmasi dan DPH meyakinkan publik bahwa praktik dengan standar minimum telah terpenuhi. Badan pengatur ini juga meninjau pengaduan warga dan menyelidiki laporan kerugian dan pengalihan obat.

Badan regulasi rumah sakit nonpemerintah yang utama harus sesuai dengan Joint Commission. Joint Commission adalah organisasi nirlaba independen yang diatur oleh sebuah dewan yang terdiri dari dokter, perawat, dan konsumen. Joint Commission menetapkan standar-standar kualitas layanan kesehatan yang telah diukur. Sebuah tim surveyor Joint Commission dapat mengunjungi rumah sakit perawatan akut tanpa pemberitahuan. Surveyor membandingkan kinerja departemen dengan serangkaian standar yang telah diterbitkan dalam konteks organisasi rumah sakit yang lebih besar (Joint Commission, 2006). Tujuan dari tinjauan ini adalah untuk mengevaluasi kinerja rumah sakit dan untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan yang diberikan kepada masyarakat melalui akreditasi perawatan kesehatan.

Organisasi rumah sakit, badan regulasi eksternal, dan standar praktik farmasi menentukan struktur formal yang harus dioperasikan manajer apotek. Namun, lingkungan

rumah sakit yang sebenarnya jauh lebih rumit. Manajer yang terampil juga mengakui hubungan-hubungan informal di dalam rumah sakit dan bekerja untuk mengembangkan hubungan yang baik dengan klinisi yang berpengaruh, administrator rumah sakit kunci, dan dokter pimpinan. Manajer farmasi yang bekerja dengan tulus untuk pasien dan bekerja secara efektif dengan staf profesional rumah sakit akan mencapai misi apotek dengan lebih mudah. Pengembangan hubungan tersebut harus menjadi prioritas bagi setiap farmasis. Satu cara untuk menunjukkan pengetahuan dan menumbuhkan ikatan yang kuat dengan profesional lain adalah dengan berpartisipasi dalam berbagai komite perawatan pasien (Tabel 34-1). Pada Skenario 1, farmasis sukses karena kemampuannya untuk membangun hubungan dengan anggota komite farmasi dan terapi rumah sakit, komite keselamatan pengobatan, dan komite kontrol antibiotik.

Komite perawatan pasien selalu menyertakan anggota staf medis. Untuk menjalankan tugasnya, staf medis dengan persetujuan dari dewan komisaris, memilih petugas dan mengatur sendiri ke dalam berbagai komite, sebagaimana dijelaskan dalam Anggaran Rumah Tangga. Rumah sakit biasanya memiliki dua macam komite, komite pendiri atau komite ad hoc. Komite pendiri bersifat permanen dan tidak dapat dibubarkan tanpa mengubah Anggaran Rumah Tangga. Komite seperti itu biasanya memiliki tugas yang dilakukan sepanjang tahun dan karenanya harus bertemu secara teratur. Contoh termasuk komite credentialing di rumah sakit dan komite farmasi-terapi. Komite ad hoc disewa sesuai saat diperlukan untuk memecahkan masalah-masalah



husus dan kemudian dibubarkan ketika tugas selesai. Semua komite staf medis melaporkan aktivitas mereka dan membuat rekomendasi kepada dewan medis atau komite eksekutif.

Kebanyakan staf medis di komite farmasi dan terapi (*pharmacy & therapeutic*, P&T) terdiri dari dokter, perawat, farmasis, dan administrator. Tujuan utama komite P&T adalah (American Society of Health-System Pharmacists, 2006b, hlm. 92)

1. *Pengembangan kebijakan.* Panitia merumuskan kebijakan tentang evaluasi, seleksi, dan terapi menggunakan obat-obatan dan perangkat yang terkait.
2. *Pendidikan.* Komite merekomendasikan atau membantu dalam perumusan program-program yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan staf profesional (misalnya, dokter, perawat, farmasis, dan praktisi kesehatan lainnya) untuk mendapat pengetahuan terkini mengenai hal-hal yang berkaitan dengan obat dan penggunaan obat.

Salah satu fungsi komite P&T adalah untuk membuat *formularium* obat yang disetujui untuk digunakan di rumah sakit. *Formularium* merupakan kompilasi produk obat yang terus-menerus direvisi yang mencerminkan penilaian klinis terkini dari tenaga medis dan farmasi. Pemilihan produk dalam *formularium* didasarkan pada kajian literatur yang luas dan evaluasi. Monograf tertulis disampaikan ke komite untuk analisis yang meliputi manfaat relatif terapi obat, keamanan, dan biaya. Komite mencoba untuk meminimalkan duplikasi dasar jenis obat, entitas obat, atau produk obat. Membatasi jumlah produk obat yang tersedia dari apotek dapat menghasilkan perawatan pasien substansial dan keuntungan finansial. Manfaat tersebut meningkat dengan cepat melalui penggunaan *ekivalen generik* (produk obat dianggap identik berkenaan dengan komponen aktif mereka, misalnya, dua merek amoksisilin kapsul) dan *ekivalen terapeutik* (produk obat berbeda dalam komposisi yang dianggap memiliki aktivitas farmakologi dan terapeutik yang serupa, misalnya, sefalosporin oral generasi pertama). Komite P&T harus membuat kebijakan dan prosedur jelas yang mengatur pengeluaran produk ekivalen generik dan terapeutik. Departemen apotek yang bekerja melalui komite P&T, harus memastikan bahwa tenaga medis dan

keperawatan mendapatkan informasi mengenai keberadaan sistem *formularium* dan kebijakan serta prosedur yang mengatur operasionalnya.

Keamanan sistem obat merupakan perhatian utama dari setiap farmasis rumah sakit. Baru-baru ini laporan publikasi tentang kejadian, penyebab, dan biaya pengobatan cedera akibat kesalahan pengobatan telah menyebabkan banyak rumah sakit mengevaluasi secara kritis sistem jaminan kualitas mereka (Bates et al., 1996, 1997; Classen et al., 1997; Kohn, Corrigan, dan Donaldson, 1999; Leape et al., 1991, 1995; Poon et al., 2006; Stelfox, et al., 2006). Laporan kejadian tertulis dulunya merupakan standar untuk mengumpulkan informasi tentang kesalahan obat. Metode ini sekarang diyakini kurang lengkap dan kurang andal untuk mengidentifikasi kelemahan dalam suatu sistem pengobatan (Classen et al., 1991; Cullen et al., 1995; Leape, 1994, 2002; Leape et al., 1995).

Kekurangan dalam pelaporan melahirkan pembentukan komite pendiri baru di banyak rumah sakit. Komite keamanan obat dituntut dengan proses pengembangan untuk identifikasi serta mengukur kesalahan pengobatan dan reaksi obat yang merugikan. Farmasis, dokter, perawat, personel manajemen risiko, penasihat hukum, administrator, dan pasien bekerja sama untuk menerapkan perubahan spesifik untuk meningkatkan sistem pengobatan. Kebanyakan program dirancang untuk mengumpulkan informasi tentang *kesalahan potensial* (yaitu, kesalahan dalam peresepan, penulisan, pengeluaran, atau rencana pemberian yang terdeteksi dan diperbaiki *sebelum* pemberian sebenarnya kepada pasien) dan *kesalahan aktual* (yaitu, kesalahan yang teridentifikasi *setelah* obat diberikan atau kegagalan untuk memberikan obat sesuai yang dijadwalkan).

Sistem yang dirancang dengan baik dapat (1) menggambarkan tahap dalam proses pengobatan saat kesalahan terjadi (yaitu, peresepan, transkripsi, kesalahan entri komputer apotek, peracikan, dan pemberian), (2) potensi kesalahan dalam setiap tahap proses, dan (3) kategori terapeutik obat yang terlibat. Sistem seperti itu menyediakan data bermakna tentang kesalahan obat dan reaksi obat yang merugikan serta memungkinkan untuk pengembangan strategi untuk mencegah terjadi kembali. Sebagai contoh, pada awal pengembangan program pengendalian infeksi yang diuraikan dalam Skenario 1, farmasis melihat kecenderungan dalam kesalahan resep obat dilaporkan melalui komite keselamatan. Dokter secara konsisten memilih antibiotik yang tepat untuk mengobati infeksi yang dicurigai atau diketahui, tetapi seringkali dosis yang ditentukan kurang tepat. Dokter sering gagal mempertimbangkan lokasi infeksi, kemungkinan virulensi patogen, kemungkinan resistensi antibiotik, dan fungsi organ pasien. Farmasis menggunakan informasi itu untuk memfokuskan upaya pendidikannya sehingga meningkatkan perawatan pasien dan untuk menunjukkan

keahlian klinisnya. Keterlibatan aktif farmasis dalam komite keamanan obat berfungsi untuk (1) mempromosikan terapi obat yang aman dan efektif, (2) meningkatkan kinerja sistem pengobatan, dan (3) mempromosikan citra positif farmasis, departemen farmasi, dan profesi.

■ SKENARIO 2

Suburban General adalah sebuah rumah sakit komunitas dengan 350 tempat tidur yang terletak tepat di luar daerah metropolitan utama. Departemen farmasi di Suburban General dihormati dalam institusi karena operasionalnya efisien secara finansial dan penggunaan teknologi mutakhirnya. Suburban General adalah rumah sakit komunitas pertama di negara bagian yang memasang mesin pemberian resep otomatis di semua area perawatan pasien. Farmasis yang ditempatkan secara desentralisasi menggunakan *laptop* radiofrekuensi untuk memasukkan pesanan obat ke dalam sistem komputer apotek, dan perawat mengandalkan farmasis untuk mengelola secara akurat administrasi catatan pengobatan elektronik setiap pasien.

Departemen farmasinya *dipimpin* oleh seorang visioner dengan kemampuan dapat membuat orang lain melihat ke masa depan bersamanya. Menariknya, pandangan pimpinan departemen farmasi tentang masa depan termasuk membantu untuk membesarkan banyak cucunya. Demikian, setelah 27 tahun mengabdikan, direktur farmasi memutuskan untuk mengatur pensiun dini. Sebelum meninggalkan Suburban General, direktur yang mengundurkan diri meyakinkan manajemen senior bahwa direktur baru haruslah orang yang bisa membawa tingkat kecanggihan klinis departemen yang bisa cocok dengan efisiensi operasionalnya. Direktur farmasi berikutnya ditugaskan untuk mempertahankan tingkat efisiensi operasional saat ini dan juga mengembangkan serta menerapkan layanan farmasi klinis.

■ MENGELOLA PRAKTIK KLINIS

Dua model, *model generalis* dan *model spesialis*, dapat menggambarkan pendekatan tradisional pengelolaan layanan farmasi klinis di rumah sakit. Model generalis berkembang sebagai hasil dari desentralisasi praktik farmasi rumah sakit yang dimulai pada 1960-an. Desentralisasi merelokasi banyak farmasis dari lantai dasar ke daerah perawatan pasien, kadang-kadang tanpa pelatihan tambahan. Model ini berpendapat bahwa supaya farmasis dapat memengaruhi perawatan pasien, mereka perlu hadir di tempat dan saat keputusan terapi obat dibuat. Fitur yang menentukan model generalis adalah bahwa farmasis bertanggung jawab untuk kedua-duanya, pelayanan klinis dan distribusi obat. Agar model ini bekerja, beberapa kegiatan farmasis harus didukung dengan penggunaan teknisi farmasi yang berkualitas.

Definisi layanan farmasi klinis dapat sangat bervariasi di bawah model generalis. Layanan dapat terdiri dari pemantauan obat, pengumpulan data tinjauan penggunaan obat, dan skrining kelas obat target yang ditentukan secara departemental. Farmasis menyediakan layanan klinis yang telah ditetapkan, dengan asumsi bahwa kebutuhan penyiapan produk dan distribusi obat telah terpenuhi dulu. Memberikan pengawasan klinis mungkin bergantung pada apakah obat tertentu yang diresepkan karena banyaknya layanan yang merupakan reaksi terhadap permintaan dokter untuk target obat. Terlalu sering layanan yang bersifat spesifik obat daripada spesifik pasien. Keputusan untuk menyediakan tingkat pengawasan klinis yang lebih tinggi harus didasarkan pada apa yang dibutuhkan pasien bukan pada apa yang diresepkan.

Beberapa departemen farmasi menggunakan *model spesialis*, yang membedakan antara farmasis klinis dan staf farmasis. Para spesialis bertanggung jawab menyediakan layanan farmasi klinis di seluruh rumah sakit. Namun, kecuali jika ada sumber daya yang cukup, tidak selalu mungkin untuk memberikan perawatan klinis yang komprehensif bagi semua pasien. Karena itu, satu-satunya pasien yang menerima layanan farmasi klinis adalah mereka yang memenuhi kategori khusus (misalnya, perawatan kritis, onkologi, atau dokter anak) ditetapkan oleh manajer klinis. Dalam model spesialis, layanan farmasi klinis mungkin tidak dikoordinasikan dengan layanan distribusi obat. Tanpa koordinasi antara kegiatan klinis dan distribusi obat, seluruh sistem itu kurang efisien secara optimal, dan ini dapat menyebabkan kebingungan tentang peran farmasis. Masalah terbesar untuk perawatan pasien di bawah model ini adalah bahwa pasien mungkin tidak menerima layanan farmasi klinis. Apakah pasien menerima layanan tertentu mungkin tergantung pada daerah perawatan yang diterima pasien, praktik yang paling diminati farmasis, dan apakah farmasis tertentu dijadwalkan pada hari tertentu. Kadang-kadang anggota fakultas farmasi waktu penuh berfungsi sebagai klinisi spesialis.

Banyak departemen telah memindahkan farmasis dari apotek pusat ke daerah perawatan pasien dengan harapan bahwa mereka secara otomatis akan menyediakan layanan farmasi. Farmasis yang direlokasi ini diharapkan untuk mendefinisikan peran mereka tanpa rasa misi departemen. Tanpa definisi yang jelas tentang layanan klinis dan tanpa menggunakan pernyataan misi yang mencerminkan definisi ini dalam praktiknya, farmasis ditempatkan dalam situasi yang ambigu. Mereka memiliki keinginan untuk merawat pasien tetapi tidak memahami prioritas dengan jelas. Kesegerakan distribusi obat dapat memberikan prioritas bagi tugas-tugas ini. Selain itu, farmasis mungkin tidak memiliki kosa kata untuk mendefinisikan peran meluas mereka kepada pasien, perawat, dan dokter.

Model umum dan spesialis telah berhasil di banyak rumah sakit, dengan ketentuan ada pendekatan sistematis untuk

pengembangan, implementasi, dan evaluasi dari pelayanan klinis yang diberikan. Harus ada filosofi yang diungkapkan dengan jelas mengenai praktik yang menguraikan mengapa seorang farmasis menyediakan layanan klinis dan definisi yang jelas tentang pekerjaan yang harus dilakukan. Kita harus ingat bahwa pasien adalah pusat usaha apa pun. Jika layanan klinis didefinisikan dalam istilah kebutuhan pasien, akan menjadi lebih mudah untuk menentukan prioritas, kebutuhan sumber daya, dan hasil yang optimal. Fokus utama dari layanan klinis haruslah pasien dan bukan layanan medis atau kategori obat. Integrasi penuh praktik klinis ke dalam layanan distribusi obat mengoptimalkan peluang untuk sukses.

Prioritas pertama dalam layanan klinis apa pun haruslah untuk mencapai luaran pasien yang diinginkan—yaitu, untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit dengan memastikan terapi obat rasional. Prioritas kedua adalah pengadaan, persiapan, dan distribusi produk obat yang efisien untuk tujuan menyokong layanan klinis. Keberhasilan integrasi pasien-layanan farmasi klinis spesifik dengan operasional distribusi obat yang efisien akan menghasilkan perawatan yang terbaik mungkin. Farmasis dapat mengidentifikasi, menyelesaikan, dan mencegah masalah terkait klinis dan distribusi obat. Praktik terintegrasi memungkinkan farmasis untuk mengumpulkan data, menilai kebutuhan pasien, memutuskan peralatan apa yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah, dan kemudian terus melakukannya.

Perubahan fokus departemen farmasi dari layanan terpusat produksi dan distribusi menjadi layanan klinis terpusat pasien memerlukan penyesuaian besar dalam pemikiran administratif. Strand dan rekan (1990) menjelaskan lima persyaratan departemen:

- *Pernyataan Misi.* Departemen farmasi membutuhkan pernyataan misi ringkas yang mencerminkan bagaimana staf akan memberikan layanan spesifik untuk tiap pasien yang dirancang untuk mencapai (1) hasil terapeutik yang optimal dengan memastikan keamanan dan keefektifan terapi obat dan (2) pengadaan, persiapan, dan distribusi produk obat secara berkualitas. Pernyataan misi departemen harus konsisten dengan misi rumah sakit.
- *Struktur organisasional.* Hal ini diperlukan untuk mengembangkan struktur organisasi internal yang memungkinkan farmasis untuk berfokus pada pasien perorangan, latihan penilaian klinis, dan didukung dengan cara yang konsisten dengan pekerjaan mereka. Pelatihan dan pendidikan teknisi farmasi harus disediakan untuk memungkinkan pengembangan layanan klinis. Keuangan sumber daya harus diarahkan ke fungsi klinis dengan antusiasme seperti yang ditampilkan untuk fungsi distributif.
- *Standar praktik.* Standar praktik dibutuhkan untuk menjamin layanan farmasi yang konsisten dan kom-

prehensif bagi setiap pasien. Menurut pernyataan misi, tujuannya adalah agar setiap pasien bebas dari masalah-masalah yang berhubungan dengan obat. Dan produk obat harus diperoleh, disiapkan, dan didistribusikan dengan berbiaya efektif, efisien, dan aman. Standar harus dirancang sedemikian rupa sehingga farmasis cukup mampu mempertahankan standar itu secara logis. Kesempatan peningkatan karir harus disediakan dalam praktik klinis dan tidak terbatas pada level manajerial. Tangga karir harus dibangun untuk melembagakan dan memformalkan departemen harapan untuk pengembangan keterampilan praktik klinis.

- *Pengembangan staf.* Harus ada pengembangan staf dan program kemajuan keterampilan membuat farmasis individu berkompoten untuk mengidentifikasi, menyelesaikan, dan mencegah masalah-masalah yang berhubungan dengan obat. Pengalaman pendidikan (yaitu, persyaratan pendidikan berkelanjutan) untuk tujuan tunggal mempertahankan lisensi farmasi tidaklah memadai. Pasien harus mendapatkan keuntungan secara langsung dari pelatihan farmasis. Pengembangan staf sukses berarti bahwa farmasis akan dapat mencapai (1) pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan dalam farmakologi klinis dan pengobatan, (2) kemampuan untuk memobilisasi sistem distribusi obat agar memenuhi kebutuhan pasien, dan (3) hubungan dengan pasien dan perawatan kesehatan profesional yang diperlukan untuk melaksanakan pekerjaan klinis.
- *Dokumentasi.* Pekerjaan farmasis harus didokumentasikan secara tertulis sehingga pengetahuan yang unik dan kontribusi dari farmasis tersedia untuk dokter, perawat, dan penyedia lainnya. Jika farmasis tidak merasa identifikasi, resolusi, dan pencegahan masalah-masalah yang berhubungan dengan obat menjadi cukup penting untuk didokumentasikan, masyarakat tidak dapat diharapkan untuk mendukung fungsi tersebut dengan sumber daya manusia dan keuangan.

■ SKENARIO 3

Rumah sakit adalah bisnis yang besar. Dan seperti banyak perusahaan milik swasta, tanggung jawab akhir bagi integritas fiskal rumah sakit swasta nirlaba terletak pada dewan komisaris. Bayside Medical Center (BMC) tidak berbeda dengan itu.

BMC telah berada dalam bisnis selama lebih dari 100 tahun. Kesuksesan keuangan sebagian disebabkan oleh kepemimpinan kepala eksekutif yang kuat dan dewan komisaris yang sangat aktif. Sampai saat ini, BMC telah menghasilkan pendapatan yang cukup untuk memenuhi biaya operasional dan memperluas layanan kepada masyarakat terpencil. Sayangnya, selama 3 tahun belakangan, penurunan

dramatis pendapatan investasi serta penurunan penggantian dari pihak ketiga hampir menghilangkan uang tunai yang tersedia untuk ekspansi. Jika tren berlanjut, akan ada kekurangan modal kerja dalam waktu 2 tahun.

Dengan waspada, dewan komisaris mengidentifikasi masalah lebih awal. Untuk lebih memahami biaya penyediaan pelayanan, dewan menyewa jasa perusahaan konsultan perawatan kesehatan. Konsultan diberi tugas lewat pertemuan dengan kepala departemen rumah sakit kunci untuk mengidentifikasi peluang untuk mengurangi biaya menjalankan bisnis. Tentu saja, direktur farmasi dan stafnya berada dalam daftar itu.

■ PENGANGGARAN DAN KEUANGAN

Kontrol keuangan rumah sakit sangat penting dalam menjaga solvabilitas lembaga. Pihak rumah sakit tidak akan bertahan kecuali ada pendapatan yang memadai untuk menutupi biaya operasional dan perbaikan modal. Upaya penyelamatan ini menyaratkan bahwa setiap administrator senior dan setiap direktur departemen menjadi manajer keuangan yang sangat terampil. Hal yang unik mengenai departemen farmasi adalah biaya persediaan yang tidak proporsional (misalnya, obat-obatan) dengan upah bila dibandingkan dengan departemen rumah sakit lain. Biasanya, 90 persen dari anggaran farmasi adalah obat, dan kurang dari 10 persen adalah untuk upah karyawan. Hal yang sebaliknya berlaku untuk kebanyakan departemen lain. Biaya obat keseluruhan dan proporsi belanja obat yang berada di bawah pengaruh tiap-tiap farmasi klinis mengharuskan setiap farmasi rumah sakit memahami prinsip-prinsip pengelolaan keuangan. Sebuah ulasan terhadap struktur administratif keuangan yang biasa terdapat dalam sebuah rumah sakit, proses anggaran, dan perbedaan antara biaya dengan harga dapat membantu.

Seperti dijelaskan dalam Skenario 3, dewan komisaris pada akhirnya bertanggung jawab atas kesehatan fiskal rumah sakit swasta nirlaba. Memiliki tanggung jawab keuangan kepada publik. Dewan biasanya mendelegasikan semua tanggung jawab kepada kepala eksekutif (CEO) dari lembaga. Dewan itu juga menunjuk dewan komite keuangan untuk memberikan nasihat kepada CEO mengenai manajemen keuangan secara keseluruhan. Komite Keuangan bertanggung jawab untuk mengawasi posisi keuangan rumah sakit untuk memastikan bahwa tersedia operasional modal yang memadai dan berjangka panjang. Komite itu memberikan nasihat kepada dewan komisaris mengenai semua persoalan fiskal dan investasi.

Meskipun dewan mendelegasikan masalah keuangan sehari-hari kepada CEO, tidak mungkin bagi satu orang untuk mengawasi semua aspek operasional rumah sakit. Sejumlah tuntutan internal dan eksternal yang memerlukan perhatian pribadi CEO dan sifat operasional yang sangat

teknis membuat CEO mendelegasikan banyak tugas kepada manajer senior rumah sakit dan direktur departemen. Memang, manajemen keuangan adalah fungsi utama dari semua administrator dan manajer.

Bagian penting dan mendasar dari kontrol keuangan adalah penganggaran. Setiap departemen rumah sakit memiliki anggaran tahunan, dan manajer departemen yang baik akan dapat mengantisipasi pendapatan dan memperkirakan pengeluaran untuk tahun yang akan datang. Untuk memperkirakan anggaran tahun depan, akan sangat berguna untuk meninjau anggaran saat ini dan anggaran selama 2 atau 3 tahun dengan hati-hati. Dengan mengamati tren untuk produk berbiaya besar (misalnya, cairan infus dan obat-obatan kategori terapi spesifik), lebih mudah untuk memperkirakan biaya untuk masa mendatang. Direktur farmasi yang berpengalaman juga mengumpulkan informasi dari dua sumber tambahan untuk meramal masa depan: laporan yang telah diterbitkan dan spesialis farmasi klinis.

Laporan yang dipublikasikan dalam pers dan jurnal perawatan kesehatan terus memprediksi peningkatan belanja obat. Analisis keuangan berspekulasi dalam *Wall Street Journal* mengenai penjualan produk obat yang akan segera dipasarkan. Organisasi kelompok pembelian (*group purchasing organization*, GPO) menerbitkan perkiraan harga obat tahunan untuk digunakan oleh anggota-anggota mereka untuk merencanakan belanja tahun yang akan datang. Dan organisasi profesional nasional seperti American Society of Health-System Pharmacists mendukung pengembangan dan publikasi perkiraan harga obat di masa mendatang (Hoffman et al., 2007). Manajer farmasi yang cerdas mengumpulkan data prediktif dari berbagai sumber dan menerapkan informasi untuk pembuatan anggaran obat departemen. Pemahaman tentang kekuatan pasar yang dikumpulkan melalui penelusuran literatur membantu manajer siap untuk masa depan dan mendidik manajemen senior rumah sakit tentang biaya obat.

Farmasi klinis yang bekerja di rumah sakit sering kurang dilengkapi dengan sumber informasi tentang tren biaya obat mendatang. Mereka merawat pasien dan berpartisipasi dalam diskusi terapi obat dengan staf dokter setiap hari. Mereka melihat secara langsung efek produk obat penelitian dan obat yang ada di pasar dalam cara baru. Mereka mengikuti perkembangan literatur ilmiah. Direktur farmasi dan staf farmasi klinis harus berbagi informasi dari berbagai sumber secara berkala untuk melihat lebih jelas ke masa depan. Sebagai contoh, di banyak rumah sakit, manajer farmasi dan klinisi mampu memprediksi dampak ekonomi obat baru untuk membantu mengelola sepsis sebelum obat itu ada di pasaran. Mereka juga mampu mengembangkan panduan yang diterima secara luas untuk penggunaan yang memastikan ketepatan persepsian dan belanja yang masuk akal. Hasilnya, biaya dikelola, dan hanya pasien yang akan mendapatkan manfaat dari obat itulah yang akan menerimanya.

[illegible]

Proses anggaran dimulai dengan arahan dari dewan direksi mengenai kebijakan dan tujuan umum untuk tahun berikutnya. Kebijakan-kebijakan ini mungkin termasuk perubahan pada fisik bangunan atau peralatan modal atau persetujuan untuk menyediakan layanan baru. Selanjutnya, anggaran departemen menguraikan pedoman departemen sesuai dengan arahan dari dewan direksi. Penggunaan statistik dasar dan asumsi, seperti hari pasien, penerimaan yang diantisipasi, dan dampak inflasi, disiapkan. Target pengeluaran dan pendapatan diidentifikasi untuk tiap-tiap departemen dan dikumpulkan ke dalam konsolidasi anggaran rumah sakit. Langkah ketiga adalah tiap-tiap departemen menyiapkan anggaran berdasarkan pedoman anggaran. Selanjutnya, tinjauan akhir dilakukan. Anggaran departemen dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, dan manajemen senior melakukan negosiasi angka akhir. Akumulasi akhir anggaran aktual kemudian

disiapkan dan diserahkan kepada dewan direksi untuk persetujuan atau modifikasi.

Sebagian besar anggaran apotek rumah sakit mengandung tiga komponen utama: (1) biaya gaji dan upah, (2) obat-obatan, persediaan, dan biaya peralatan, dan (3) pendapatan. Setiap rumah sakit akan memiliki format pelaporan keuangan sendiri dan ringkasan anggaran. Tabel 34-2 adalah pendapatan dan laporan pengeluaran hipotetis dibandingkan dengan anggaran selama 6 bulan.

- *Biaya gaji dan upah.* Ini termasuk pengeluaran gaji sesuai jam yang dijadwalkan secara rutin dan gaji karyawan. Subbagian gaji juga termasuk jumlah yang dianggarkan untuk lembur, sakit, liburan, dan tunjangan hari raya. Ingatlah bahwa sakit, liburan, dan tunjangan hari raya termasuk biaya nonproduktif. Meskipun sebagian besar anggaran departemen tidak mewakili manfaat (misalnya,

asuransi kesehatan dan asuransi kecacatan), anggaran keseluruhan rumah sakit akan mencakup itu. Manfaat umumnya adalah 20 hingga 30 persen dari total biaya gaji dan upah.

- *Biaya persediaan dan peralatan.* Bagian non-gaji dari anggaran ini biasanya cukup rinci sehingga manajer dapat memantaunya sesuai dengan kategori. Anggaran perlengkapan dan peralatan dapat mencakup kategori pengeluaran seperti obat-obatan, peralatan kantor, dan kontrak pemeliharaan (lihat Tabel 34-2). Banyak direktur farmasi membagi kategori pengeluaran obat dalam kelas terapi untuk memantau layanan atau tren baru dalam terapi dengan lebih baik. Sebagai contoh, dampak ekonomi dari obat yang baru dipasarkan untuk mengobati kanker pankreas akan lebih mudah untuk dilacak jika biaya ditampilkan dalam bentuk kategori antineoplastik dari bagian obat dalam anggaran pengeluaran.
- *Pendapatan.* Istilah pendapatan kadang-kadang digunakan secara bergantian dengan tarif. Umumnya, pendapatan departemen harus menutupi pengeluaran. Namun, di beberapa rumah sakit, pendapatan departemen farmasi digunakan untuk menyubsidi departemen produksi yang tidak berpendapatan. Komponen anggaran berbeda secara luas antar rumah sakit. Secara umum, bergantung pada pembayar tertentu yang dimiliki rumah sakit, apotek mungkin menjadi pusat biaya atau pusat pendapatan atau campuran keduanya. Manajer departemen harus secara jelas memahami mekanisme untuk menetapkan tarif farmasi, baik dengan struktur biaya atau *markup* persen, sehingga pendapatan dapat dilaporkan dan dibandingkan dengan berbagai kategori biaya dalam anggaran biaya.

Sistem untuk menetapkan biaya apotek harus adil, ekonomis, dan dapat dijelaskan kepada pasien dan pembayar pihak ketiga. Beberapa rumah sakit menggunakan *markup persen* sederhana pada strategi biaya obat. Tarif untuk obat adalah hasil dari biaya perolehan dan *markup*. Biaya obat-obatan yang lebih tinggi secara teoritis menghasilkan pengembalian yang lebih tinggi. Konsep *tarif profesional* didasarkan pada kenyataan bahwa obat resep bukanlah barang dagangan yang mampu dibeli serta dijual oleh siapapun dan bahwa biaya peracikan, termasuk keterampilan dan pengetahuan yang terlibat, tidak berhubungan dengan biaya bahan yang digunakan. Tarif profesional dapat diterapkan pada dosis yang diracik atau basis biaya harian atau per-pasien. Pendekatan ini memiliki kelebihan khusus bagi layanan klinis nondistributif. Rumah sakit dapat memilih kombinasi pendekatan, dengan menggunakan *markup* persen untuk obat-obatan yang diracik dan biaya profesional untuk layanan, seperti informasi obat-obatan atau edukasi pasien, yang belum tentu terkait dengan produk obat tertentu.

Hal paling penting untuk diskusi ini mengenai pendapatan rumah sakit adalah kenyataan bahwa biaya ekonomi layanan medis yang sebenarnya jarang tercermin dari tarifnya. Karena akuntansi rumah sakit di Amerika Serikat telah dirancang untuk tujuan memaksimalkan pembayaran pihak ketiga dan dengan demikian penggantian rumah sakit, tarif layanan mungkin sangat berbeda dari konsumsi biaya sumber daya sebenarnya dalam menyediakan layanan itu. Biaya tambahan rumah sakit dan berbagai biaya lainnya biasanya dialokasikan secara sistematis dan tidak perlu dialokasikan menurut sesuai biaya tambahan yang benar-benar digunakan.

Pada Skenario 3, ada kemungkinan bahwa konsultan eksternal akan diminta untuk mengevaluasi potensi penghematan biaya dan pengurangan pendapatan yang akan menghilangkan hasil dari layanan perawatan pasien. Karena harga tidak secara akurat mencerminkan biaya rata-rata penyediaan layanan, pengeluaran yang belum tentu dihemat jika layanan tidak diberikan. Satu-satunya biaya yang akan dihemat jika layanan tidak diberikan kepada pasien tertentu adalah biaya yang dikeluarkan karena menyediakan satu unit tambahan layanan itu. Sebagai contoh, laboratorium klinis di rumah sakit yang mengurangi jumlah tes laboratorium itu hanya akan menghemat porsi dari pengeluarannya yang terjadi karena adanya tiap-tiap tes tambahan (misalnya, biaya reagen). Laboratorium tidak akan menghemat pengeluaran yang terjadinya terpisah dari jumlah tes yang dilakukan (misalnya, pembelian peralatan potongan mahal) jika hanya beberapa tes yang dihapuskan. Hanya *biaya marginal*, yang dikeluarkan karena penyediaan layanan unit tambahan, yang dapat dihemat. Biaya ini juga digambarkan sebagai biaya variabel karena mereka bervariasi sesuai dengan volume layanan yang diberikan. Berbeda dengan biaya variabel, seperangkat biaya lain terjadi terlepas dari volume layanan. Ini disebut sebagai *biaya tetap*. Peralatan mahal yang bisa dibeli laboratorium klinis, seperti *multichannel autoanalyzer*, adalah contoh dari biaya tetap. Penghapusan beberapa tes laboratorium tidak akan mengurangi biaya yang timbul dalam membeli peralatan.

Dalam menghitung penghematan yang bisa diperoleh sebuah rumah sakit jika rumah sakit itu mampu mengurangi frekuensi obat yang diberikan, harus dibedakan antara biaya tetap dan variabel. Hanya biaya variabel yang akan dihindari. Sebagai contoh, sebuah *laminar flow ventilation hood* yang diperlukan di apotek untuk penyiapan produk steril tanpa memedulikan apakah beberapa atau banyak unit obat tertentu yang dibuat. Biaya *laminar flow ventilation hood* tidak tergantung dari volume dan, karenanya, dapat dimasukkan sebagai biaya tetap. Biaya-biaya lain mungkin timbul sebagai akibat dari permulaan sebuah program baru (misalnya, mempekerjakan teknisi farmasi baru untuk mempersiapkan dan memberikan produk steril), tetapi tetap merupakan kegiatan terpisah dari segi volume setelah program telah ditetapkan (tentu saja

dalam batasannya). Peningkatan yang sangat besar dalam jumlah pasien yang memerlukan obat-obatan parenteral mungkin memerlukan mempekerjakan teknisi lainnya. Biaya pemberian obat lainnya dapat merupakan variabel yang jelas, seperti jumlah kantong infus *piggyback* yang mengandung dosis antibiotik. Semakin banyak dosis yang diberikan, semakin banyak jumlah kantung yang digunakan. Biaya lain bukanlah merupakan variabel sederhana. Jika jumlah dosis yang perlu dipersiapkan menurun, akankah apotek dapat mempekerjakan personel yang lebih sedikit? Karena penurunan biaya seperti personel membutuhkan penurunan volume yang relatif besar, mereka sering digambarkan sebagai *biaya variabel-melangkah*. Dalam meninjau dampak ekonomi dari layanan apapun, adalah penting untuk memastikan dapat diterimanya asumsi biaya tertentu sebagai variabel dan yang lainnya sebagai biaya tetap.

■ SKENARIO 4

Joan telah mengabdikan sebagai koordinator klinis departemen farmasi dalam rumah sakit yang memiliki 500 tempat tidur selama lebih dari 9 tahun. Dia menyediakan layanan klinis untuk pasien yang dirawat di pelayanan kedokteran umum, mengelola program-program klinis untuk departemen, dan bertanggung jawab bagi pengembangan profesional berkelanjutan dari 12 farmasis klinis. Joan adalah anggota komite farmasi dan terapi, komite penyokong nutrisi, dan komite ad hoc untuk memperbaiki proses pelepasan pasien. Dia juga ketua kampanye penghentian merokok di rumah sakit.

Joan Pagi ini memulai harinya seperti biasa. Dia tiba di kantor lebih awal untuk meninjau jadwal janjinya:

7:00-8:30 a.m.	Keliling perawatan pasien
9:00-9:30 a.m.	Bertemu dengan arsitek untuk meninjau renovasi kantor apotek
11:00-12:00 siang	Komite steering pharmacy
12:15-1:00 p.m.	Pembicaraan dengan mahasiswa kedokteran tahun ketiga
2:00-2:30 p.m.	Bertemu dengan vendor untuk membahas pengiriman TPN
3:00-4:00 p.m.	Tinjauan kinerja Markus

■ MENGELOLA MODAL SUMBER DAYA MANUSIA

Peran manajer apotek rumah sakit mana pun diperumit oleh luasnya rentang tanggung jawab mereka. Manajer rumah sakit diharapkan mampu mengalokasikan sumber daya, mengawasi para profesional dan nonprofesional, mengontrol distribusi

obat, dan memengaruhi persepsi. Manajer level menengah ini mencapai tujuan mereka dengan memelihara hubungan dalam berbagai dimensi. Mereka berhubungan dengan atasan sebagai seorang bawahan: Mereka menerima perintah. Mereka berhubungan dengan tim mereka sebagai seorang atasan: Mereka mengarahkan. Dan mereka berhubungan dengan rekan-rekan di organisasi sebagai sejawat: Mereka bekerja sama. Pierpaoli (1987) berpendapat bahwa manajer farmasi rumah sakit harus "dwibahasa." Dia percaya bahwa para manajer harus secara efektif berhubungan (dan kadang-kadang bersaing) dengan dua konstituen organisasi utama rumah sakit: administrasi korporat rumah sakit (untuk manajemen sehari-hari) serta staf medis dan pasien (untuk isu-isu yang berkaitan dengan penggunaan dan kontrol obat). Manajer "dwibahasa" harus mampu menjangkau batas-batas kebutuhan ideologi dan birokrasi profesional. Manajer apotek yang berhasil harus berpartisipasi dalam pasangan ganda komunikasi "dwibahasa" setiap hari untuk memastikan bahwa departemen memenuhi tujuannya sekaligus mempertahankan fleksibilitas.

Manajer apotek rumah sakit yang efektif adalah, di atas segalanya, pemimpin yang baik. Shortell (1985) menggambarkan paradigma manajemen baru bagi organisasi perawatan kesehatan berkinerja tinggi yang menempatkan fokus pada kepemimpinan melalui pengembangan bawahan. Dia berpendapat bahwa rumah sakit harus diatur untuk memaksimalkan pembelajaran, yaitu mendorong informasi turun ke level terendah. Dia menyarankan bahwa organisasi harus menunjukkan koherensi yang longgar, dan anggotanya diperbolehkan memiliki otonomi yang cukup besar sekaligus mengoordinasi kontribusi individual. Dia percaya bahwa karyawan harus berpegang pada keseluruhan tujuan dan misi organisasi dan juga mereka diizinkan untuk bereksperimen serta mencoba pendekatan baru untuk memecahkan masalah.

Klinisi apotek dan manajer harus mengembangkan kualitas kepemimpinan yang baik jika mereka ingin berhasil dalam lingkungan rumah sakit hari ini. Pemimpin yang baik adalah yang cerdas, fleksibel, kreatif, antusias, matang secara sosial dan psikologis, bersedia mengambil risiko, dan komunikator yang baik (Bennis, 2003). Sementara kebanyakan rumah sakit tidak memiliki program-program pendidikan formal bagi mereka yang tertarik untuk menjadi kepala departemen, departemen yang dikelola dengan baik menyertakan pelatihan kepemimpinan dalam rencana pengembangan staf mereka. Sebuah kesuksesan departemen pada akhirnya tergantung pada motivasi dan kompetensi karyawan. Dan merupakan tanggung jawab manajer departemen untuk menjamin kompetensi mereka.

Tenaga kerja saat ini adalah yang sangat terdidik dan memperoleh informasi terbaik dalam sejarah. Jumlah farmasis yang memasuki dunia kerja dengan level masuk bergelar doktor

farmasi meningkat setiap tahunnya. Banyak dari lulusan ini menginvestasikan waktu satu atau dua tahun dalam program residensi atau *fellowship* atau keduanya. Kaum muda yang telah mencurahkan begitu banyak waktu dan usaha untuk mempersiapkan karir tidak akan puas dengan pekerjaan yang ditetapkan dengan tanggung jawab sempit dan dilakukan di bawah pengawasan yang ketat. Apa yang mereka inginkan adalah memiliki pengaruh positif pada luaran perawatan pasien dalam sebuah lingkungan yang menghargai kualitas dan pembelajaran berkelanjutan. Departemen farmasi yang sukses mampu menarik dan mempertahankan personel yang kompeten dan menggunakan anggota staf mereka untuk merespons kebutuhan perawatan pasien secara kreatif.

Tugas utama dan tanggung jawab dari farmasis klinis bervariasi antar rumah sakit. Contoh deskripsi pekerjaan dan penilaian kinerja terdapat dalam Gambar 34-3. Kebanyakan farmasis rumah sakit bertanggung jawab untuk mengawasi distribusi obat, menyediakan layanan klinis spesifik tiap pasien, mendidik mahasiswa dan residen, melakukan penelitian, dan mengelola program-program departemen. Meskipun farmasis akan terus memiliki tanggung jawab utama untuk distribusi obat dan kegiatan pengawasan obat, teknisi farmasi bersertifikat harus melaksanakan banyak dari fungsi-fungsi ini seperti yang diijinkan oleh hukum. Ini akan membebaskan sebagian besar waktu farmasis untuk layanan klinis. Lebih lanjut, distribusi obat haruslah otomatis dan mekanis sampai batas yang sejauh mungkin.

Manajer apotek harus mempertimbangkan misi dari departemen untuk menentukan komposisi tenaga kerja yang dibutuhkan. Rencana sumber daya manusia ini biasanya memungkinkan untuk (1) identifikasi jumlah tepatnya orang dengan keterampilan tepat yang akan dibutuhkan, (2) memperoleh atau melatih dan mengembangkan orang-orang yang akan diperlukan, dan (3) memotivasi mereka untuk mencapai kinerja tertinggi mereka dan menjadi karyawan jangka panjang. Manajer apotek harus mempertimbangkan bahwa layanan klinis menjadi lebih terspesialisasi ketika mereka berkembang. Sebuah program yang matang memerlukan farmasis klinis dengan pelatihan yang lebih maju dan terspesialisasi atau berpengalaman atau keduanya.

Salah satu tugas yang paling penting dari seorang manajer adalah bekerja dengan para karyawan untuk mengembangkan mereka sedemikian rupa sehingga mereka menjadi lebih baik dalam memenuhi kebutuhan departemen sekaligus memenuhi keinginan dan ambisi mereka sendiri. Harus dilakukan evaluasi tertulis secara berkala tentang keterampilan karyawan dan prestasi. Karyawan harus didorong untuk membuat penilaian pribadi mengenai aset mereka dan mengembangkan sebuah rencana karir. Melalui diskusi antara karyawan dan manajer, rencana pengembangan dapat disusun untuk membantu departemen mencapai tujuan bisnis dan karyawan bisa berkembang secara profesional. Sebagai contoh,

dalam Skenario 4, manajer apotek dijadwalkan untuk bertemu dengan seorang spesialis farmasi klinis untuk menyelesaikan evaluasi kinerja tahunannya. Manajer dan karyawan mengakui perlunya klinisi untuk memperoleh lebih banyak pengalaman berbicara di depan umum. Karena rumah sakit berencana membuat pedoman sedasi baru untuk digunakan di unit perawatan intensif dewasa, dan karena farmasis klinis berpraktik di ICU dewasa, peluang yang sempurna terjadi untuk memenuhi beberapa tujuan. Farmasis tersebut lalu setuju untuk menyajikan kuliah kepada staf apotek dan keperawatan tentang sedasi kesadaran dan pedoman obat penenang baru.

■ KESIMPULAN

Tujuan mendasar layanan farmasi di rumah sakit adalah untuk menjamin keamanan dan ketepatan penggunaan obat-obatan. Pemenuhan tanggung jawab ini ditingkatkan melalui keterlibatan farmasis dalam semua aspek penggunaan obat-obatan. Tujuan ini akan dipenuhi hanya jika apotek terorganisasi dengan baik dan dikelola oleh profesional, yang semuanya bertugas mengelola departemen. Bab ini menjelaskan bagaimana lingkungan, hubungan profesional, lembaga regulator, praktik standar, keuangan, dan sumber daya manusia memengaruhi efektivitas manajer apotek rumah sakit.

■ PERTANYAAN UNTUK DISKUSI LEBIH LANJUT

1. Bagaimana mungkin beberapa peran dan tanggung jawab farmasis rumah sakit yang diidentifikasi dalam bab ini berbeda dari apa yang Anda bayangkan atau alami sejauh ini?
2. Apakah Anda berpikir bahwa Anda telah atau akan memperoleh keterampilan yang diperlukan agar dapat mengelola layanan farmasis klinis di rumah sakit secara efektif? Kontribusi macam apa yang Anda dapat buat menuju perawatan pasien yang efektif dan juga menjalankan pengecekan anggaran operasional?
3. Bab ini menyebutkan isu-isu seperti akuisisi modal dan kerugian dari berbagai peluang yang dihasilkan dari pendapatan investasi yang buruk. Dari sumber apakah modal sebuah rumah sakit, dan mengapa modal sangat penting untuk solvabilitas sebuah rumah sakit? Bagaimana bisa penurunan pendapatan investasi memengaruhi operasional sebuah rumah sakit dan secara tidak langsung memengaruhi perawatan pasien?
4. Apakah macam-macam keterampilan, serangkaian pengetahuan, dan pengalaman yang diperlukan untuk menjadi manajer sebuah departemen farmasi rumah sakit? Apakah ini sesuatu yang Anda bisa lihat diri Anda lakukan suatu hari nanti?

NAMA JABATAN: Farmasis klinis		TINGKAT:
DEPARTEMEN: Farmasi		KODE PEKERJAAN:
FLSA: Dibebaskan		TANGGAL:
LAPORAN KE: Koordinator Farmasi Klinis		DISETUJUI OLEH:
JENIS EVALUASI:	Karyawan Baru <input type="checkbox"/>	Evaluasi Tahunan <input type="checkbox"/>
Nama pekerja: _____		Tanggal: _____
<p>RINGKASAN TUGAS: farmasis klinis bekerja sama dengan praktisi kesehatan lainnya untuk memenuhi berbagai kebutuhan pasien. Farmasis meninjau dan menyetujui pesanan obat, memonitor terapi obat, dan memberikan informasi obat. Farmasis mengawasi dan mengarahkan personel pendukung. Ketika manajer apotek tidak hadir, seorang farmasis klinis mungkin diperlukan untuk mengambil tanggung jawab esensial dan melaksanakan tugas-tugas manajer apotek.</p> <p>PERSYARATAN KERJA: Kemampuan untuk bekerja secara mandiri dengan sedikit pengawasan langsung. Kemampuan untuk bekerja dengan staf rumah sakit dan apotek. Kemampuan untuk menangani seringnya interupsi serta beradaptasi dengan perubahan beban kerja dan jadwal kerja. Kemampuan untuk menetapkan prioritas, membuat keputusan kritis, dan menanggapi permintaan darurat secara cepat. Kemampuan untuk melakukan penilaian profesional. Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan asuhan kefarmasian pasien neonatal, pediatrik, remaja, dan dewasa.</p> <p>Agar berhasil melakukan pekerjaan ini, seorang individu harus mampu melaksanakan setiap tugas dengan memuaskan dan dapat menggunakan berbagai sistem komputer secara mahir. Para calon harus mampu berkomunikasi secara efektif dalam bahasa Inggris (lisan dan tertulis).</p> <p>KREDENSIAL: Lulus dari sebuah sekolah tinggi atau universitas terakreditasi dengan gelar BSc di bidang farmasi atau PharmD. Pengalaman rumah sakit lebih disukai tetapi tidak diperlukan.</p> <p>LISENSI: Terlisensi untuk mempraktikkan kefarmasian di negara bagian atau Eligibilitas.</p> <p>JADWAL BEKERJA: Waktu kerja penuh adalah 40 jam per minggu; jam kerja mungkin akan panjang dan tidak teratur. Termasuk malam, akhir pekan, dan hari libur saat diperlukan.</p> <p>KONDISI KERJA/TUNTUTAN FISIK: Penggunaan tangan dan jari secara berulang (misalnya, penggunaan <i>keyboard</i> komputer). Mungkin perlu mengangkat dan membawa beban ringan, termasuk kotak-kotak, peralatan, dan membungkuk atau berlutut. Sering kali diperlukan duduk, berjalan, atau berdiri untuk jangka waktu yang lama. Harus mampu mengoperasikan peralatan yang digunakan untuk pekerjaan.</p> <p><i>Pernyataan di atas dimaksudkan untuk menggambarkan sifat umum dan tingkat pekerjaan yang sedang dilakukan. Hal di atas tidak dimaksudkan untuk ditafsirkan sebagai daftar yang lengkap dari semua tanggung jawab, tugas, dan keahlian yang dibutuhkan personil yang begitu rahasia.</i></p>		

Gambar 34-3. Deskripsi tugas dan evaluasi kinerja farmasis klinis

Panduan Penilaian:

- (E) **Unggul:** Kategori ini mengidentifikasi daerah-daerah yang seorang karyawan secara konsisten diakui sebagai teladan secara relatif terhadap efektivitas/kinerjanya.
- (M) **Sepenuhnya Memenuhi Harapan:** Kategori ini mengandung standar kinerja yang tinggi, terutama sebagai tanggapan terhadap upaya untuk terus menjaga dan memperbaiki tingkat kualitas tertinggi.
- (N) **Membutuhkan Perbaikan:** Kategori ini mencerminkan komitmen kami untuk merespons staf dengan cara yang konstruktif untuk pertumbuhan profesional dan melanjutkan perbaikan kinerja.

I. TUGAS/TANGGUNG JAWAB UTAMA**Kriteria Kinerja/Standar****Peringkat****Komentar****A. mengawasi persiapan dan distribusi obat-obatan dari apotek sesuai dengan kebijakan, prosedur, dan protokol.**

1. Menafsirkan pesanan obat (lisan dan tulisan) dan memasukkan ke dalam profil pengobatan pasien yang terkomputerisasi secara akurat. Menjaga keakuratan, kelengkapan profil pengobatan pasien
2. Meracik dan membuat obat-obatan termasuk produk steril, kemoterapi, dan produk-produk nutrisi parenteral secara akurat.
3. Mengeluarkan bahan-bahan yang diawasi ke daerah perawatan pasien dan menyimpan catatan seperti yang dipersyaratkan oleh hukum.
4. Mendukung program penelitian terapi obat dengan mempersiapkan dan memberikan obat-obatan di bawah protokol penelitian.
5. Berfungsi sebagai pembimbing untuk magang apotek.

B. Memastikan terapi pengobatan yang aman, tepat, dan berbiaya efektif untuk pasien sesuai dengan kebijakan, prosedur, dan protokol yang telah dibuat.

1. Memonitor regimen terapi obat untuk kontraindikasi, interaksi obat-obat, interaksi obat-makanan, alergi, serta kesesuaian obat dan dosis.
2. Membaca, mengambil, dan menginterpretasikan informasi dalam kartu pasien dan basis data elektronik akurat.
3. Mendeteksi dan melaporkan reaksi obat yang merugikan yang diduga secara akurat dan pada waktu yang tepat.
4. Mendeteksi dan laporan kesalahan obat secara akurat dan dalam waktu yang tepat.
5. Mempertahankan formularium dengan meminimalkan pengadaan obat nonformularium, memanfaatkan protokol terapi substitusi, dan mempromosikan seleksi terapi obat rasional.
6. Mendukung penggunaan obat rasional dengan mengikuti kontrol anti infeksi departemental dan memonitor program.

Gambar 34-3. (lanjutan)

Kriteria Kinerja/Standar	Peringkat	Komentar
<p>7. Memberikan konsultasi klinis dan klarifikasi bagi praktisi. Menunjukkan alternatif yang tepat, berbiaya efektif untuk staf medis jika diperlukan.</p> <p>8. Memberikan informasi obat secara akurat, memadai, dan tepat waktu kepada staf profesional</p> <p>9. Menyediakan informasi obat kepada pasien dan keluarga mereka.</p> <p>10. mendokumentasikan semua kegiatan klinis dan intervensi secara akurat dan lengkap.</p> <p>11. Berpartisipasi dalam peningkatan kualitas dan kegiatan peninjauan penggunaan pengobatan dari departemen. Mengumpulkan data; melakukan pemantauan kualitas dan inspeksi; mempertahankan log, catatan, dan dokumentasi lainnya yang ditugaskan.</p> <p>12. Melengkapi dan mendokumentasikan semua obat Pyxis sebelum pemuatan dan stok ulang.</p> <p>13. Berpartisipasi dalam pengembangan dan presentasi orientasi, pendidikan, dan program pelatihan ke apotek, medis, perawat, dan staf lainnya.</p> <p>C. Berkontribusi terhadap kualitas dan operasional yang efektif dari departemen.</p> <p>1. Mengawasi dan mengarahkan personel pendukung apotek. Memverifikasi kegiatan sehari-hari teknisi farmasi. Berpartisipasi dalam penilaian kinerja personel pendukung apotek.</p> <p>2. Bekerja secara mandiri dengan sedikit pengawasan. Mengatur dan memprioritaskan tugas pekerjaan. Memastikan layanan farmasi disediakan secara tepat waktu.</p> <p>3. Menjawab telepon, mengidentifikasi diri dan departemen. Mengarahkan panggilan ke personel yang tepat.</p> <p>4. Menjaga area apotek dan peralatan agar bersih, rapi, dan terorganisasi.</p> <p>5. Melaksanakan tugas-tugas penting dari manajer apotek saat ketidakhadiran mereka.</p> <p>D. Menjaga kompetensi yang dibutuhkan untuk jabatan/posisi pekerjaan sekarang ini.</p> <p>1. Menjaga lisensi terbaru farmasis.</p> <p>2. Berpartisipasi dalam rapat staf apotek dan kunjungan perawatan pasien oleh farmasis.</p> <p>3. Mengikuti orientasi, pendidikan, dan program pelatihan. Meninjau literatur dan bahan lainnya yang berhubungan dengan praktik kefarmasian.</p> <p>4. Menyelesaikan semua kompetensi/persyaratan keterampilan penilaian (lihat lampiran penilaian kompetensi/daftar keterampilan).</p> <p>E. Melakukan tugas lain yang diberikan oleh supervisor.</p>		

Gambar 34-3. (lanjutan)

II. STANDAR DEPARTEMEN

Kriteria Kinerja/Standar	Peringkat	Komentar
1. Tepat waktu dan dapat diandalkan; melaporkan diri untuk bekerja sesuai jadwal. Memenuhi kewajiban saat tugas untuk setiap jadwal yang diatur sebelumnya. Ketidakhadiran dan keterlambatan berada dalam pedoman kebijakan.		
2. Mempertahankan penampilan yang rapi, profesional, meyakinkan. Mematuhi kode berpakaian apotek. Memakai lencana identifikasi setiap saat.		
3. Melakukan pekerjaan dalam bingkai waktu tertentu. Menyesuaikan diri dengan seringnya interupsi serta perubahan beban kerja dan/atau jadwal kerja.		
4. Menyediakan pelayanan yang sopan, kooperatif, dan tepat waktu kepada pasien, pengunjung, dan staf. Berkomunikasi lisan dan tertulis dengan baik.		
5. Bekerja secara kooperatif dengan semua staf. Menyuarakan kekhawatiran dan saran kepada orang yang tepat dengan cara yang positif.		
6. Menunjukkan penilaian profesional sesuai dengan latar belakang klinis/akademis.		
7. Menjaga dengan ketat kerahasiaan informasi pasien, pengunjung, dan karyawan.		
8. Mengembangkan lingkungan tim dengan memberikan orientasi dan pelatihan untuk anggota tim baru. Membantu rekan kerja dalam tugas-tugas, sesuai dengan waktu yang diizinkan.		
9. Mematuhi kebijakan dan prosedur sistem kesehatan dan departemen. Memenuhi semua persyaratan yang terkait dengan manajemen risiko, keselamatan, keamanan, kebakaran, dan pengendalian infeksi. Sesuai dengan semua hukum federal, negara bagian, dan hukum setempat, dan regulasi yang dapat diterapkan.		

III. STANDAR ORGANISASI

Kriteria Kinerja/Standar	Peringkat	Komentar
1. Kinerja menunjukkan upaya untuk meningkatkan kepuasan pasien, biaya lebih rendah, dan meningkatkan kualitas.		
2. Memahami dan memenuhi kebutuhan serta harapan pelanggan. Kebutuhan pasien dan anggota keluarga selalu yang utama.		
3. Menunjukkan kemampuan untuk mengatasi masalah-masalah dalam pengaturan kelompok menggunakan alat-alat dan teknik untuk identifikasi dan penyelesaian masalah.		
4. Menunjukkan nilai-nilai dan perilaku organisasi.		

Gambar 34-3. (lanjutan)

<p>IV. TUJUAN DAN PRESTASI</p> <p>A. Jelaskan status tujuan yang ditetapkan pada evaluasi sebelumnya.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B. Jelaskan prestasi khusus yang dicapai sejak evaluasi sebelumnya.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>SASARAN DAN TUJUAN KINERJA</p> <p>Memberikan penilaian tentang kebutuhan untuk pertumbuhan dan pengembangan Anda sendiri. Mengembangkan rencana untuk memenuhi pertumbuhan pendidikan dan profesional selama 12 bulan.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>V. KOMENTAR</p> <p>A. Komentar Supervisor:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B. Komentar Karyawan</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Gambar 34-3. (lanjutan)

REFERENSI

- American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). 2006a. ASHP guidelines: Minimum standard for pharmacies in hospitals. In *Best Practices for Hospital and Health-System Pharmacy*, hlm. 297. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists.
- American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). 2006b. ASHP statement on the pharmacy and therapeutics committee. In *Best Practices for Hospital and Health-System Pharmacy*, hlm. 92. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists.
- Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al., for the ADE Prevention Study Group. 1996. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA* 274:29.
- Bates DW, Spell N, Cullen DJ, et al., for the Adverse Drug Events Prevention Study Group. 1997. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA* 222:307.
- Bennis W. 2003. *On Becoming a Leader*. Cambridge: Perseus Publishing.
- Classen DC, Pestonik SL, Evans RS, et al. 1991. Computerized surveillance of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA* 266:2847.
- Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, et al. 1997. Adverse drug events in hospitalized patients: Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 277:301.
- Cullen DJ, Bates DW, Small SD, et al. 1995. The incident reporting system does not detect adverse events. *Joint Comm J Qual Improv* 21:541.
- Hoffman JM, Shah ND, Vermeulen LC, et al. 2007. Projecting future drug expenditures—2007. *Am J Health-Syst Pharm* 64:298.
- Joint Commission. 2006. *2007 Accreditation Process Guide for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 1999. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Leape LL. 1994. Error in medicine. *JAMA* 272:1851.
- Leape LL. 2002. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 347:1633.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical practice study II. *N Engl J Med* 324:377.
- Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al., for the ADE Prevention Study Group. 1995. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA* 274:35.
- Pierpaoli PG. 1987. Management diplomacy: Myths and methods. *Am J Health-Syst Pharm* 44:297.
- Poon EG, Cina JL, Churchill W, et al. 2006. Medication dispensing errors and potential adverse drug events before and after implementing bar code technology in the pharmacy. *Ann Intern Med* 145:426.
- Shortell SM. 1985. High-performing health care organizations: Guidelines for the pursuit of excellence. *Hosp Health Serv Admin* 30:8.
- Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, et al. 2006. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care* 15:174.
- Strand LM, Guerrero RM, Nickman NA, Morley PC. 1990. Integrated patient-specific model of pharmacy practice. *Am J Health-Syst Pharm* 47:550.

INDEKS

Nomor halaman dengan g dan t mengidentifikasi gambar dan tabel

A

- A. Kane, 231
- A. Marcus, 231
- Access Health, 272
- Actual acquisition cost* (AAC), 248, 249t
- Adhocracy, 122
- Administrasi
 - kontrak, 182
 - publik, 168
- Age Discrimination Act of 1967, 137, 185
- Agreeableness*, 126
- Ahli klinis murni, 9
- Akomodasi yang sesuai, 185, 186
- Aksesibilitas, 331
- Aktiva, 233
 - cair, 294
 - definisi, 230
 - jangka panjang, 294
 - lancar, 294
 - perusahaan, 231
 - yang mudah, 235
- Akuntansi, 12, 12t
 - definisi, 230
 - persamaan dasar, 230
 - hal penting dalam laporan, 231
 - prinsip-prinsip, 231
- Alat
 - analisis Cholestech LDX, 401
 - kualitas control, 410
 - laboratorium, 410
 - pemindai, 449
 - titik penjualan (POS), 357
- Alcoholics Anonymous*, 184
- Alergi obat, 81
- All product clause*, 257
- Aman, 297
- "Amandemen Durham-Humphrey, 1951", 457
- "Amandemen Kefauver-Harris 1962, ke dalam undang-undang 1938", 457
- Amaril (glimepirid), 474
- Ambiguitas peran, 124, 152
- Ambulatory Care Quality Alliance, 273
- American Association of Colleges of Pharmacy (AACP), 5
- American Association of Retired Persons (AARP), 265, 266
- American Counsel for Life Insurance, 291
- American Diabetes Association (ADA), 378, 388, 415
- American Heart Association (AHA), 378
- American Hospital Association, 242
- American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), 230
- American Journal of Health-System Pharmacy, 477
- American Marketing Association (AMA), 307
- American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy, 480
- American Pharmaceutical Association (APhA), 6, 189, 378
- American Society for Health-System Pharmacist (ASHP), 242, 531
- American Society of Consultant Pharmacists (ASCP), 45
- Americans with Disabilities Act (ADA), 137, 186, 364
- Analisis
 - akar-sebab (RCA), 477
 - biaya penyakit, 425
 - diferensial, 253, 254t
 - efektivitas biaya, 426
 - kelayakan, 490
 - keputusan, 427
 - kompetitor, 47
 - manfaat biaya, 425
 - minimalisasi biaya, 425
 - pekerjaan, 140
 - pro forma, 254, 255t, 257
 - rasio keuangan, 234
 - sensitivitas, 427
 - situasi, 35
 - sumber penyebab (RCA), 95, 96t
 - SWOT, 5, 35, 55, 328, 339, 382, 388, 330t
 - utilitas biaya, 426
- Analitis, 201
- Ancaman, 328, 382
- Anggaran, 278, 294
 - arus kas, 279
 - berbasis kegiatan (ABB), 282, 282g, 283
 - bergulir, 279
 - induk, 280
 - inventaris, 281
 - jangka panjang, 279
 - jangka pendek, 279
 - keuangan, 279
 - laporan keuangan, 279, 281
 - modal, 279
 - neraca keuangan, 279
 - operasional, 278, 281
 - penghasilan dari penjualan, 280
 - produksi, 281
 - rugi-laba, 279
 - terbuka-untuk-membeli, 349
 - tunai, 281

- Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors*, 427
- Angka
 kepatuhan formularium, 250
 nol dan tanda desimal, 473
 peracikan obat generik terpilih, 250
- Angsuran pinjaman, 294
- Antibiotika, 427
- Antikuagulan, 410
- Apotek, 362
 konsumen, 382
 mengevaluasi layanan, 379
 stres pekerjaan, 183
- Apotek Care-Rite
 edukasi pasien, 399
 kebijakan dan prosedur, 399
 layanan tes laboratorium/pemantauan di apotek, 395
 mengelola bauran pemasaran, 401
 pelatihan farmasis, 400
 pengukuran luaran, 399
 pengumpulan data, 395
 protokol manajemen pengobatan, 397
 strategi perbaikan kualitas, 403
- Apotek jaringan, 488
 pencari laba, 378
- Apotek komunitas, 22, 95, 152, 159
- Apotek komunitas jaringan
 jalur karir, 522
 mengembangkan budaya perusahaan, 518
- Apotek komunitas mandiri
 apotek komunitas masa kini, 499
 isu terkini/pejuang, 513
 karakteristik, 502
 apotek mandiri saat ini, 503
 kepemilikan
 bagaimana cara memulai, 506
 membeli apotek yang sudah mapan, 511
 mulai dari awal, 505
 kewirausahaan/*intrapreneurship*, 504
 karakteristik wirausahawan, 504
 lingkungan
 apotek internal, 501
 perawatan kesehatan menyeluruh, 500
 peluang berwirausaha, 504
 prospektif historis, 499
- Apotek *mail-order*, 514
- Apotek *managed-care*, 514
- Apotek *NCPA-Pfizer Digest*, 501, 514
- Apotek rumah sakit, 353
- Apotek yang menjalankan klinik imunisasi, 47
- Artificial intelligence*, 75
- Artritis, 339, 426
 rematik, 432
- Arus kas, 294
- Asacol (mesalamin), 472
- Asetaminofen, 473
- Asisten digital pribadi, 207
- Asisten manajer, 522
- Asma, 389, 399, 428
 Edukasi/manajemen, 410
 layanan manajemen, 335
- Aspek internasional, 285
- Asuhan kefarmasian, 7
 domain praktik, 9t
 konsep, 306
 pemasaran jasa, 9t
- Asuransi
 ganti rugi, 246
 kecacatan, 444
 properti, 444
 swasta, 236
 tanggung gugat, 444
 individual, 445
- Atribusi, 83t
- Average Manufacture Price (AMP)*, 248, 249t
- Average wholesale price (AWP)*, 249, 249t, 268
- Awal dan akhir atau akhir yang aktif, 470
- Azathioprine (imuran), 474
- B**
- Bagan
 alur, 95
 Gantt, 52g, 55
 internasional, 118
 keputusan, 427
 organisasi, 119g, 522g
 farmasis rumah sakit, 531g, 532g
- Bagian resep, 369
- Bahan aktif oral, 278
- Bahaya, 441
- Banner*, 369
- Bantalan alkohol, 411
- Baptist Health Care di Pensacola, 34
- Barang berwujud
 dengan layanan yang menyertainya, 314
- Barang berwujud murni, 314
- Barang negatif, 310
- Barcode*, 353, 449
- BASE, 62
- Basis data
 HMO, 431
 literatur obat, 341
 PubMed, 45
- Batu besar, 205
- Bauran pemasaran, 332t, 333t, 333, 338
- Bayside Medical Center (BMC), 536
- Beban
 belajar yang sangat berlebih, 211
 penyakit, 425
 responden, 432
- Belajar, 175
- Belanja misterius, 320
- Benjamin Franklin, 203
- Bentuk sediaan cairan, 473
- Benzatin penisilin G, 468

- Beragam pekerja, 184
 Berhenti melakukan, 219
 Bermitra dengan pemasok, 322
 Berpenghasilan rendah, 265
 Berwirausaha, 45
 Beta bloker, 266, 427
Better Health, 257
 Bias konfirmasi, 476
 Biaya, 54t
 layanan bernilai tambah, 410
 definisi, 425
 perawatan kesehatan, 433
 Biaya akuisisi, 354
 Biaya gaji dan upah, 538
 Biaya kehabisan stok, 354
 Biaya laboratorium, 423
 Biaya *laminar flow ventilation*, 538
 Biaya langsung, 251, 425
 Biaya marjinal, 538
 Biaya medis langsung, 425
 Biaya non-medis langsung, 425
 Biaya *overhead*, 282
 Biaya peluang, 447
 Biaya penaksiran, 66
 Biaya pencegahan, 66
 Biaya pengadaan, 354
 Biaya pengiriman, 354
 Biaya pengiriman persediaan, 349
 Biaya pengobatan, 266
 Biaya perawatan, 423
 Biaya persediaan dan peralatan, 538
 Biaya rawat inap, 433
 Biaya semitetap, 250
 Biaya siklus hidup, 285
 Biaya tidak berwujud, 425
 Biaya tetap, 250, 539
 layanan bernilai tambah, 411
 Biaya tidak langsung, 251, 425
 Biaya tidak terduga, 347
 Biaya unit tiap produk, 349
 Biaya variabel, 250
 layanan bernilai tambah, 411
 per resep, 254
 Biaya variabel melangkah, 539
 Biaya-biaya perolehan, 346
 Biro Statistik Tenaga Kerja Amerika Serikat, 441
 Birokrasi
 mesin, 122
 profesional, 122
 Bisnis, 306
 Bloker kanal kalsium, 266
Bona fide occupational qualification (BFOQ), 152
 Bonus ongkos peracikan, 250
Bornout, 124
 Brosur pasien, 402
 Buckingham, M., 221
 Budaya, 116
 Budaya organisasional
 definisi, 116
 penilaian, 116
 Budaya perusahaan, 518, 519
Budgetary slack, 278, 285
 Bukti fisik, 316
Burnout, 205, 211
 Buta keuangan, 291
- C**
 Catatan SOAP, 337
 Capecitabine, 278
 Cara bicara politis, 185
 Cardinal Health, 272
 Caremark, 270
 CarePoint, 76
Carpal tunnel syndrome, 450
Casualty insurance, 444
 Catatan pesanan peresep yang terkomputerisasi (CPOE), 470
 Celebrex (celecoxib), 358, 480
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 394
 Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS), 48, 236, 263, 394, 413
Certificate of waiver (COW), 394
 Ceruk pembangunan, 514
 Cetak biru layanan, 340
Chapstick, 369
 Chicago Collage of Pharmacy, 45
Chief Executive Office (CEO), 44, 120, 217, 523
Chief financial officer (CFO), 44
Chief operations officer (COO), 120, 523
 Chip identifikasi frekuensi radio (RFID), 357, 449
 Chlorpromazine, 477
 Cholestech LDX, 397
 Chronic Heart Failure Questionnaire, 428, 429
 Civil Rights Act, 137
 Clifton Strengths Finder, 219
 Clifton, D.O., 221
 Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), 394, 401
Closet-organizing company, 203
 Coca-cola, 488
 Cognos, 284
Computerized physician/provider order entry (CPOE), 81, 85
Conscientiousness, 126
Consumer price index (CPI), 50
Consumer report, 499
Continuous budgets, 279
Copayment, 237, 257, 381
Cost of Dispensing (COD), 251
 Coumadin, 473
 Coumadin (warfarin), 480
Coverage gap, 264
 CQI, 94
 model perbaikan, 94
Credentialing, 412
 Crestor, 358
Cross merchandising, 368

Current Procedural Terminology (CPT), 410
Cuti kerja, 196

D

Daerah Phoenix, 382
Daftar
 alamat target, 334
 harga, 249
 induk, 204, 205
 peluang, 490
 periksa, 155
 tilik siklus CQI dan lembar kerja perencanaan, 94
Dalbar, Inc., 297
Dampak negatif, 162
Data
 basis, 433
 ekonomi, 431
 industri, 348
 karyawan, 321
Data Bank, 76
Definisi dan kriteria program, 269t
De-identifikasi, 461
Delapan P manajemen pelayanan terpadu, 315
Delegasi, 128
DELTA Rx Institute, 495
Demografi pasien, layanan farmasi, 11t
Departemen
 farmasi, 37, 38
 kesehatan publik (DPH), 532
 pemasaran, 322
 store, 231
Departementalisasi, 121
Desain
 apotek, 363
 eksterior, 364
Desentralisasi, 121
Deskripsi fokus, 95
Deskripsi posisi kerja, 140
Deteksi sinyal, 175
Deviden, 231
Diabetes, 339, 380, 389, 395, 399, 411, 417, 426, 433
 asuhan, 306
 edukasi, 418
 program, 415
Diagram
 alir, 280
 pai, 200g
Dichter Report, 6
Dick Lyles, 520
Diferensiasi, 188
 horizontal, 188
 spasial, 120
 vertikal, 118
Digoksin, 427
Digoxin, 473
Dijamin secara meluas, 266
Dilaudid, 473

Director of pharmacy (DOP), 44
Diskon, 350
 jalan, 350
 jumlah kumulatif, 350
 jumlah non-kumulatif, 350
 serial, 351
 tertunda, 350
 tunai, 350
Display, 366, 368
Distribusi, 313
 dipaksakan, 158
Distributor, 352
 resmi, 358
Diuretik, 427
Diuretika tiazid, 266
Dividen, 233, 243
Dokter, 381, 388, 404
Dokumentasi, 535
Donut hole, 264
Dosis yang diturunkan, 472
Downtime
 terjadwal, 80
 tidak terjadwal, 80
Dr. Pepper, 488
Drake Entrepreneurial Leadership Tools for Advancement, 495
Drive through, 365, 370
Drug Importation Tax 1848, 456
Dukungan pengambilan keputusan, 75
Durham-Humphrey Amendment, 6

E

E-budgeting, 278, 284
E-commerce, 83
Economies of scale, 254
Edukasi pasien, 395, 479
Efek halo, 155
Efektivitas
 bisnis, 519
 pemimpin, 128
Efisiensi pemasaran, 323
Ekivalen
 generik, 533
 terapeutik, 533
Ekonomi, 13, 12t
 tersusun, 168
Eksktranet, 84
Ekuitas
 eksternal, 162
 individual, 162
 internal, 162
 keringat, 491
E-learning, 520
Elektronik Micromedex, 77
Elevator pitch, 494
Eliksir Sulfanilamid, 456
Emosi, 125

- Empat P pemasaran, 312
 harga, 313
 pemosisian, 314
 produk, 312
 promosi, 313
 tempat, 313
 Empati, 170, 318
End caps, 366
Enterprise-wide, 284
Entrepreneurship and Emerging Enterprises Program at Syracuse University, 495
 ePHI, 446
 EPocrates RxPro, 76, 78g
E-prescribing, 272, 445, 449
 Equal Employment Opportunity Commission (EEOC), 137, 186
 Equal Pay Act tahun 1963, 185
 Era informasi, 22
Escherichia coli, 175
Estimated acquisition cost (EAC), 248, 249t
 Etika, 188, 189
 bisnis, 188
 Etos kerja, 160
 Etteby, 76
 Evaluasi
 ekonomi, 425, 427
 humanistik, 432
 pasar, 329
Execution—The Discipline of Getting Things Done, 519
Expert systems, 75
Explanation of Benefits (EOB), 237
Extrversion, 126
- F**
 Faktor risiko terhadap kardiovaskular, 395, 397t
 Family and Medical Leave Act of 1993 (FMLA), 137
 Farmakologi, 4
 Farmasi
 abad 20
 akhir, 6
 awal, 5
 pertengahan, 6
 faktor-faktor yang mempengaruhi penyediaan produk dan layanan farmasi, 11t
 klinik, 45
 komunitas, 37, 61, 62t, 236, 235, 270
 fungsi praktik dan bobot korespondensi dari teknisi, 161t
 mitos-mitos, 8
 Penggunaan rencana strategis, 10
 rumah sakit, 62
 laporan pengeluaran, 241t
 sebelum tahun 1940an, 5
 yang baik, 11
 Farmasis, 4, 5, 45, 61, 63, 70, 222, 266, 383
 deskripsi tugas dan standar kinerja untuk farmasis di rumah sakit, 141t
 di apotek Care-Rite, 399
 di didik secara klinis, 181
 Kaiser Family Foundation, 272
 konsekuensi stres pekerjaan, 212t
 konsekuensi negatif karena keluarnya seorang farmasis, 138t
 pelatihan, 400
 penyedia layanan *medicare*, 414
 pertimbangan, 159
 sikap dan perilaku terkait kerja, 123
 yang berorientasi kepada manajemen, 12
 Farmasis komunitas, laporan keuangan, 236
 Farmasis rumah sakit
 lingkungan, 530
 mengelola modal manusia, 539
 mengelola praktik klinis, 534
 penganggaran dan keuangan, 536
 Fasilitas fisik, 337, 401
 keputusan, 333
 FDA Counterfeit Drug Task Force, 358
 Federal Civil Rights Act of 1964, 137
Fee-for-service, 412
 Feel Great Pharmacy, 329, 330, 335
 analisis SWOT, 330t
 produk
 program Med Check, 332t, 336t, 338t, 339, 340, 341
 program Stay Fit, 332t, 339
 rencana pemasaran
 proses kontrol, 339
 target pasar, 331
 tujuan dan sasaran, 329
 sasaran dan tujuan, 331t
Fellowship, 230, 540
 Fenobarbital, 474
Field of Dreams, 376
 Filosofi, 195
 Financial Accounting Standards Board (FASB), 232
 Finansial, 13
 pro forma, 54
Finger stick, 394, 397, 401, 412
Firewall, 79
 Fitur, 494
 Fleksibilitas, 202
 Flexner Report, 6
Flip chart, 395
 Fluorouracil, 278
 Fokus, 95
 Folmularium, 533
 Food and Drug Administration (FDA), 394
 Food, Drug and Cosmetic Act of 1938, 456
 Formalisasi, 188, 120
 Formularium, 348, 356
 Formulir 10-Q, 231
Fortune Magazine's, 139
Four-fifth rule, 185
Full-time equivalents (FTEs), 48
 Fungsi, 32

G

Gagal jantung, 422, 423, 430
 karakter pasien HMO, 431t
 karakteristik pasien HMO, 431t
 perubahan pada luaran klinis, 432t

Gagasan, 307

Gallup Organization, 222

Gallup University, 219

Gambaran besar, 203

Gangguan, 297

layanan, 175

trauma kumulatif, 450

Garis

interaksi, 340

internal, 340

kuasa, 118

visibilitas, 340

Glukoma, 432

Glukosa darah, 395

Good Laboratory Practices, 394

Good Service Pharmacy, 254, 257

Good to Great, 219

Goodwill, 506, 511

Google, 378

Great American Smokeout, 314

Greenleaf Center, 217

Gross value test, 264

Groupthink, 185

Gudang data, 76

Gugatan ras atau gender, 444

Gula darah, 394, 395

H

Handle each piece of paper once, 203

Harapan pelanggan, 171

Hard drive, 204

Harga, 312, 313, 334

"daftar" atau "label", 350

apotek yang lazim dan sesuai kebiasaan, 248

diskon, 335

keputusan, 333

tetap, 347

tunai, 248

yang dirasakan, 313

yang obyektif, 313

Harga pokok penjualan (HPP), 236, 350, 354

Hasil siklus CQI, 97

Hasrat, 171

HCT750 mg (hydrochlorothiazide), 474

Health and Human Services (HHS), 446

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA),
 184, 270, 394

Health Insurance Portability and Accountability Act tahun 1996
 (HIPAA), 79, 446, 458

Health Maintenance Act pada tahun 1973, 6

Health Maintenance Organizations (HMOs), 412

Health On the Net (HON) Foundation, 83

Health Security Act tahun 1993-1994, 263

Healthcare Common Procedural Codes (HCPC) G0108 and
 G0109, 416

Healthcare Distribution Management Association (HDMA), 69

Health-related quality of life (HRQoL), 91

Heart Failure Questionnaire, 433

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA),
 364

HEDIS, 98

Heel ultrasound, 410, 415

Help-desk, 257

Hemoglobin terglikosilat (A1c), 394, 417

Henri Fayol, 19

Henry Ford, 489

Herbal, 427

Hibrida, 314

Hidralazin nitrat, 427

High tech, 318

High touch, 318

Hiperlipidemia, 339, 410

campuran, 417

Hipertensi, 339

Hipotek, 294

HIV/AIDS, 426

Holistik, 310

HON Code of Conduct ("HONcode"), 83

Hospital Pharmacy, 482

Hospital Quality Alliance, 273

Hospital Survey and Construction (Hill-Burton) Act pada tahun
 1946, 6

How to Get Your Point Across in 30 Seconds or Less, 494

HTC 250 mg (hydrocortisone), 474

Hubungan

antara farmasis-pasien, 480

bisnis ke bisnis, 322

jangka panjang, 339

kerja kolaboratif (CWR), 403

pertukaran, 308

terapeutik, 323

Hukum

federal dan perilaku farmasis

Health Insurance Portability and Accountability Act tahun
 1996 (HIPAA), 458

hukum perdata dan persoalan liabilitas, 461

Omnibus Budget Reconciliation Act tahun 1990 (OBRA
 90), 458

perbaikan kinerja versus pemenuhan standar kinerja
 minimum, 462

Prescription Drug Marketing Act tahun 1987 (PDMA),
 461

putusan hakim, 462

Human Sigma, 171

Humana, 270

Hydralazine, 477

Hydroxizine, 477

I

Identifikasi, 331
 organisasional, 125
 Identitas
 rugas, 181
 Iklan, 139, 334, 335
 Iklim organisasional, 116
 Ilmu
 farmasi, 4
 politik, 114
 Imatinib mesylate, 278
 Imbalan, 153
 Imunisasi, 333, 370, 410
 Incident to Physician Services Regulations, 415
 Independent Pharmacy Matching Service (IPMS), 511
 Indian Health Service (HIS), 415
 Individu yang mampu dengan kecacatan, 186
 Informasi
 kesehatan, 459
 konsumen, 348
 penguat resep, 77
 Infus *piggyback*, 539
 Inhibitor ambilan kembali serotonin yang selektif, 266
 Inisiatif ORYX, 98
 Inkubator, 493
 Institute for Safe Medication Practices (ISMP), 81472
 Institute of Medicine (IOM), 90
 Integrasi rantai persediaan, 358
 Integritas, 171
 Interaksi terapi obat alternatif, 77t
 Internal Revenue Service (IRS), 231
 International Normalization Ratio (INR), 394
 International Pharmaceutical Abstracts (IPA), 378
 Internet, 45, 76, 81, 82, 83, 284
 hal-hal yang dipertimbangkan saat evaluasi kredibilitas situs web, 82t
 isi, 82
 komunikasi, 82
 penyedia layanan, 311
 perdagangan, 83
 Intervensi, 97
 Intra-kewirausahaan korporat, 490
 Intranet, 84, 448
 Investasi, 230, 298
 indeks, 298
 Investor penolong, 492
 Isyarat, 185
It's Hard to Make a Difference When You Can't Find Your Keys, 198

J

Jalan pintas etis, 189
 Jaminan, 170, 318
 alternatif dasar, 264
 celah, 264, 265
 kualitas, 93

Jangkar, 188
 Janji yang realistis, 323
 Jaringan nirkabel, 76
 Jatuh tempo, 242
 Jejaring, 122
 Jendela *drive-trough*, 370
 Jenis pembiayaan, 509
 Jim Collins, 219
 John Miner, 489
 Joint Commission, 98
 Jujur, 200
 Julie Morgenstern, 197
 Jumlah bervariasi, 473
 Jumlah kesetaraan waktu penuh (FTEs), 242
 Jumlah produk, 349
 Jumlah yang tepat, 347
Junk food, 209
Journal of the American Pharmacist Association, 139
 Jurnal waktu, 200

K

Kadar glukosa darah, 431
 Kajian pengguna obat, 92
 Kalender kertas, 207
 Kanker, 426
 Kantor CMS, 394
 Kantor Small Business Administration (SBA), 510
 Karakter pokok, 221
 Kartu
 diskon, 257
 dokter, 431
 header, 369
 kredit, 295
 laporan, 98, 338
 pasien, 430
 pencatatan, 65
 Kas masuk, 294
 Kasus
 Ben Kolb, 173
 di Nebraska, 461
 Katastrofik, 441
 Keadilan dalam pemberian imbalan, 153
 Keamanan, 195
 distribusi obat, 358
 Keanekaragaman pekerja, 185
 Kebiasaan membolos, 125
 Kebijakan
 asuransi, 235
 dan prosedur, 399
 komunikasi pintu terbuka, 519
 pengembalian barang, 355
 Kebijaksanaan periklanan, 83t
 Kebutuhan, 310
 finansial, 508
 laten, 311
 para konsumen, 377

- Kebutuhan (*lanjutan*)
 tingkat lebih tinggi, 181
 yang diekspresikan, 311
- Kecenderungan sentral, 155
- Kecepatan rusak, 334
- Kecerdasan emosi, 126
- Kecurangan eksternal, 449
- Kecurangan internal, 448
- Kedatangan barang (AOG), 351
- Kedewasaan, 127
- Kefarmasian Novartis, 34
- Kegagalan
 laten, 470
 layanan, 433
 otomatis, 450
 sistem, 449
- Kegiatan
 di belakang panggung, 340
 di atas panggung, 340
 keuangan, 231
 mendesak, 205
 operasional yang menguntungkan, 231
 perekrutan, 137
- Kejadian efek samping (ADE), 469
- Kejadian efek samping obat (KESO), 337
- Kejadian obat merugikan, 94
- Kekayaan intelektual, 493
- Kekuatan, 328, 382
 dan kelemahan internal, 35
 tablet, 472
- Kekurangan barang, 346
- Kelas
 fungsional I, 424
 fungsional IV, 424
- Kelas perdagangan ritel, 250
- Kelayakan CLIA, 414, 417
- Kemajuan
 karir, 187
 manajemen terapi pengobatan, 5, 8
- Kemitraan, 429, 507
 junior, 512
 terbatas, 507
 umum, 507
- Kepemilikan, 315
 tunggal, 507
- Kepemimpinan, 19, 126, 222
 12 perbedaan antara pemimpin dan manajer menurut Warren Bennis, 219
- agresif, 126
 berbasis kekuatan, 217
 definisi, 216
 instrumen evaluatif, 220
 kualitas yang efektif, 218
 masyarakat, 222
 pengembangan, 218
 peran bagi mahasiswa farmasi dan farmasi, 222
 perilaku, 126, 127
 teori dan gaya, 216
 transaksional, 130
 transformatif, 130
 yang melayani, 217
 yang membingkai ulang, 217
- Kepentingan, 205
 tugas, 181
- Kepribadian
 tipe A, 183
 tipe B, 183
- Keputusan
 alur kerja, 402
 harga, 313
 tentang personal, 337
- Keragaman
 kedatangan, 169
 kemampuan, 169
 keterampilan, 181
 permintaan, 169
 subjektif, 169
 upaya, 169
- Kerangka, 217
 nilai kompetisi, 117
- Kerr Drug, 34
- Kesalahan, 173, 533
 aktual, 533
 eksternal, 66
 internal, 66
 katastropik, 173
- Kesalahan pengobatan, 470
 katastropik, 173, 174
 konseling dan edukasi pasien, 479
 latar belakang, 470
 penyiapan dan penyerahan obat, 475
 penyimpanan ulang, 476
 permintaan obat-obatan, 470
 potensi, 533
 sediaan campuran steril, 479
 sistem laporan dan pemantauan, 481
- Kesatuan perintah, 121
- Kesehatan dan kecantikan, 366
- Keselamatan
 pasien, 469
 tempat kerja, 183
- Kesempatan dan ancaman dari eksternal, 35
- Kesepakatan, yang telah diinformasikan, 189
- Kesiapan pengikut, 127
- Keterampilan organisasional, 195
- Keterampilan pengaturan, 194
- Keterbukaan finansial, 83
- Kuangan, 12
- Kuangan pribadi
 kelas modal dan alokasi modal, 297
 kredit konsumen, 294
 laporan
 anggaran, 294
 arus kas, 294

- lembar saldo, 293
 - manfaat dan biaya, 291
 - perencanaan pensiun, 298
 - proses perencanaan keuangan, 292
- Keuntungan finansial, 50
- Keuntungan pegawai yang dikuasakan, 170
- Keuntungan penggagas pertama, 494
- Kewajiban, 230, 233, 235
 - lancar, 235, 236
- Kewirausahaan
 - definisi, 489
 - inkubator, 493
 - latar belakang, 488
 - menjual konsep, 494
 - proses, 490
 - sumber daya tambahan, 494
 - waktu dan kompetisi, 494
 - wirasahawan, 489
- Kewirausahaan korporat, 490
- Key Person Insurance*, 445
- Kimia Medisinal, 200
- Kinerja keuangan, 342
- Klasifikasi NYHA (I, II, III, atau IV), 427
- Klinik antikoagulan, 388
 - protokol, 394
- Klinik lemak, 388
- Klinik pemantauan antikoagulasi yang dijalankan oleh apotek, 49g
- Klinik rawat jalan rumah sakit, 415
- Klinik ritel, 371
- Koasuransi, 443
- Kode Ambulatory Payment Classification (APC), 415
- Kode CPT, 417
- Kode CPT 83036QW, 417
- Kode CPT 99211 hingga 99215, 416, 417
- Kode etik, 6, 454
- Kode *International Classification of Diseases* (ICD-9-CM), 410
- Kode produk universal, 63
- Kode Terminologi Prosedur Terkini (CPT), 269
- Kolaborasi jangka panjang, 322
- Kolega, 518
- Komite anggaran, 283
- Komitmen organisasi, 124
- Komitmen organisasional, 124
- Kompatibilitas, 331
- Kompensasi, 410
 - berdasarkan jenis layanan, 415
 - berdasarkan jenis
 - Medicaid, 414
 - Medicare, 413
 - pihak pertama, 412
 - berdasarkan letak apotek
 - Klinik praktik dokter, 414
 - klinik rawat jalan rumah sakit, 415
 - strategi, 412
- Kompensasi kerja, 445
- Kompensasi pekerja, 444
- Kompetisi, 54t, 513
- Kompetitor, 47
- Kompleksitas, 118
- Komplemen, 83t
- Komponen
 - profesional, 415
 - teknis, 415
- Komunikasi, 24
- Komunikasi harian, 144
- Konflik antara urusan rumah, 124
- Konflik peran, 124, 152
- Konsekuensi
 - definisi, 425
- Konseling pasien, 458, 479
- Konseling penurunan berat badan, 410
- Konsep
 - asuhan kefarmasian, 488
 - asuransi, 443
 - bisnis, 45
 - kontrol penggunaan obat, 7
 - lingkungan yang tidak ramah, 186
 - pelanggan, 309
 - pemasaran holistik, 310
 - pemasaran sosial, 310
 - pemasaran, 308
 - produk, 308
 - produksi, 308
 - tafir profesional, 538
- Konsultasi tatap muka, 7
- Konteks peluang, 328
- Kontrak, 455, 512
- Kontrak rekan bisnis, 460
- Kontrol, 21
 - kualitas, 93
- Korban, 173
- Komorbiditas, 424
- Korporasi, 508
- Kosmetik, 366
- Kredit, 294
 - konsumen, 294
- Kreditur, 231
- Kualitas, 53t, 316, 317
 - asuhan medis, 90
 - fungsional, 318
 - kehidupan kerja, 180
 - layanan, 317
 - objektif, 317
 - produk, 66
 - standar kinerja, 162
 - teknik, 318
- Kualitas hidup, 423
 - berkenaan dengan kesehatan (HRQL), 428, 429
- Kuasa, 433
- Kuesioner terstandar, 428
- Kunjungan
 - dokter, 423
 - rawat inap, 423
 - unit gawat darurat, 423

Kewirausahaan
kekayaan intelektual, 493

L

Laba

dan rugi, 354
ditahan, 233
kotor, 252

Label pembantu, 477

Lamaran kerja, 140

Laminar air hood, 279, 286

Langkah persiapan wawancara, 140

Laporan

analisis penjualan, 357
arus kas, 232, 233, 294, 296t
keuangan, 230-232t, 234
farmasi rumah sakit, 238
farmasi komunitas, 236
keuangan pro forma, 279
keuntungan dan kerugian, 525
laba-rugi, 54, 233, 252t, 349
Millis Commission, 6
Pembayaran *Plan* Harian, 237
pergerakan jenis, 357
rugi-laba, 232, 233t, 240t, 252t
tren pembelian, 357

Larry Bossidy, 519

Latar belakang dan deskripsi, 53

Layanan, 333

Layanan apotek bernilai tambah, 379, 383
tipe konsumen, 379t

Layanan bernilai tambah

biaya yang dikaitkan, 410
evaluasi

ekonomi, 430
humanistik, 432
kerangka pertanyaan, 422
klinis, 431

memilih variabel yang diukur, 423

mengidentifikasi variabel, 423

Model luaran ekonomi, klinik, dan humanistik (ECHO),
424

penggunaan, 433

pengumpulan data, 429

penilaian data, 433

jenis, 388

kompensasi, 410

strategi, 412

komponen, 394

pemantauan, 402

pengajuan klaim, 417

pengukuran luaran, 395

terminologi pengodean, 416

Layanan bernilai tambah lain, 434

Layanan "Bertanya pada Farmasis", 85

Layanan bidang

bisnis, 168

infrastruktur, 168

penjualan, 168

sosial/personal, 168

Layanan kefarmasian bernilai tambah (VAPS), 314

yang terkait nonperacikan, 314

yang terkait peracikan, 314

Layanan Manajemen Terapi Pengobatan (MTM) yang dilakukan
farmasi, 312, 313

Layanan murni, 314

Layanan pelanggan

definisi, 169

Layanan pemantauan/skrining laboratorium berbasis apotek, 394

Layanan peracikan, 314

Layanan tidak dapat dipisahkan, 333

Layanan yang bermutu, 67

Leapfrog Group, 98

Learned intermediary doctrine, 446

Leher botol, 65

Lemak, 389, 431

Lemak darah, 394

Lembar klaim, 412, 417

Lembar lajur finansial, 50

Lembar rujukan, 417

LexiComp Platinum, 76, 78g

Liabilitas, 444

Lingkungan ekonomi, 322

Lingkungan kerja yang diperkaya, 181

Lingkungan makro, 328

Lipitor, 358

Lokasi, 67

Lokus internal kontrol, 504

Lorong silang, 366

Luaran ekonomi, 395, 423, 424

Luaran humanistik, 395, 423, 424, 432

Luaran klinik, 395, 423-424, 427

Luaran umum dari apotek, 61

Luka personal, 444

Lydia Pinkham's Vegetable Compound, 456

M

Mail-order, 247, 250

Managed care, 120, 329

Managed care plan, 380

Managed-care organization, 188

Management

by crisis, 39

Manajemen antarpersonal, 23

Manajemen antikoagulasi, 306, 333

Manajemen asma, 333, 414

Manajemen berdasarkan tujuan, 197

Manajemen bisnis, 9t

Manajemen dengan tujuan (MBO), 158

Manajemen diabetes, 333, 414

Manajemen diri, 23

Manajemen farmasi, 4

Manajemen hasil, 158

Manajemen hiperlipidemia, 414

- Manajemen inventori, 69
- Manajemen jaringan suplai, 69
- Manajemen kasus, 388
- Manajemen kinerja, 158
- Manajemen komponen, 423
- Manajemen lemak, 389
- Manajemen lipid darah, 333
- Manajemen lipid, 306
- Manajemen operasional, 12t, 60
- Manajemen pemasaran, 322, 328
- Manajemen pemesanan, 81
- Manajemen penyakit, 9t, 388, 423
- Manajemen persediaan, 347, 354
 - evaluasi, 354
 - faktor yang dipertimbangkan, 355
 - metode, 356
 - peran teknologi, 357
- Manajemen personalia, 525
- Manajemen perusahaan yang berorientasi pemasaran, 322
- Manajemen proses, 333, 402
- Manajemen rantai penyedia, 64
- Manajemen resep-resep yang tidak di klaim, 356
- Manajemen risiko, 7, 9t
 - dalam praktik farmasi
 - definisi, 441
 - kriteria risiko yang dapat diasuransikan, 441
 - mengembangkan strategi, 442
 - paradigma risiko, 450
 - proses, 442
 - teknik, 442
 - terkait dengan praktik farmasi modern, 445
- Manajemen sumber daya manusia (HRM), 12t, 13, 136
 - fungsi, 153
 - posisi keuangan, 153
 - hukum dan regulasi, 137
 - pelatihan dan pengembangan, 143
 - pemecatan pegawai, 145
 - perekrutan dan penempatan, 137
 - umpan balik kinerja, 144
- Manajemen Terapi Obat (MTM), 38, 181, 222, 258, 268, 269t, 270, 273, 281, 306, 319, 330, 333, 381, 388, 399, 403, 410, 413, 488, 502
- Manajemen waktu, 195
 - langkah
 - bertindak, 208
 - kebutuhan untuk perbaikan, 199
 - menetapkan misi dan tujuan, 202
 - meninjau ulang dan memperbaiki, 209
 - mulai mengatur diri, 203
 - refleksi diri atau analisis, 200
 - matrik, 198t
 - mitos, 195
 - pada praktik kefarmasian, 210
 - perbandingan, 198t
 - stres, 211
 - teori dan praktik, 197
- Manajemen, 18, 19, 126, 270
 - by-walking-around* (MBWA), 144
 - fungsi, 19
 - pandangan klasik dan modern, 19
 - pandangan klasik dan modern, 23
 - perencanaan, 31
 - proses, 20
 - sistem informasi, 75
- Manajer, 19, 114, 117, 126, 142, 152, 155, 160, 162, 182, 182, 183, 188, 219t, 349, 364
- Manajer apotek, 163, 329
- Manajer farmasi, 37, 242
- Manajer garis depan, 182
- Manajer manfaat apotek, 414
- Manajer manfaat farmasi (PBM), 247, 430
- Manajer pengembangan apotek (PDM), 524
- Manajer sejati, 489, 489t
- Manajer senior, 522
- Manfaat kompetitif, 172
- Margin kontribusi, 254
- Margin kotor, 252
- Margin laba bersih, 234-235
 - rasio, 243
- Margin laba kotor, 234-243
- Markup* persen, 538
- Mass merchandiser*, 329
- Masukan umum di apotek, 62
- Material poin pembelian (tanda), 369
- Matrik manajemen waktu, 198t
- Maximum allowable cost* (MAC), 249, 249t
- Medicaid, 236, 246-247, 258, 265, 413-414, 416, 430
- Medical Outcomes Study Short Forms 36 dan 12 (SF-36 and SF-12), 428
- Medicare, 238, 263, 265, 382, 412- 413, 416
- Medicare Catastrophic Coverage Act tahun 1988, 262
- Medicare Modernization Act (MMA), 38, 501
- Medicare
 - Part B, 263, 413
 - Part D, 38, 246, 258, 262, 265, 266, 268, 272, 413, 417, 501, 514
 - manfaat dan kerugian, 269t
- Medicare Prescription Drug Plans (PDPs), 236
- Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) pada tahun 2003, 8
- Medicare Rx Enhanced, 265
- Medicare Rx Saver, 265
- Medication administration records (MARs), 74, 473
- Medication errors*, 38
- Melancarkan serangan, 198
- Meletakkan pondasi, 198
- Melipat gandakan keberhasilan, 218
- Membangkitkan energi, 23
- Member Health, 270
- Memberikan imunisasi secara massal, 414- 415
- Memilih tujuan spesifik untuk siklus, 96
- Menarik konsumen, 362
- Menawarkan jaminan ekivalen aktual, 264
- Menganalisis, 198

- Mengelola proses, 336
 Mengelola waktu, 194
 Merchandising
 bagian resep, 369
 desain apotek, 363
 penempatan barang, 366
 rata letak apotek, 365
 tren, 363
 Merek dagang, 493
 Merencanakan strategi, 198
 Mesin pencari nonmedis, 378
 Mesin penyerahan otomatis, 476
 Metamferamin, 366
 Methotrexate, 474
 Metode belajar kewirausahaan Bernelli (*Bernelli Entrepreneurial Learning*, BEL) 5 + 5 + 5, 492t
 Metode esai, 153
 Metode grafik, 68
 Metode pelayanan, 67
 Metode periodik, 356
 Metode siklus CQI, 97
 Metode visual, 356
 Metoprolol, 472
 Middletown North Pharmacy, 4
 Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, 428
Mirror to Hospital Pharmacy, 6
 Misi resmi bisnis, 54
 Misi Walgreen, 378t
 Mitoxantrone, 474
 Modal, 509
 Modal kerja, 383
 Modal Korporat, 123
 modal manusia, 539
 Modal pemilik, 230
 Mode kegagalan dan analisis efek (FEMA), 96t, 477
 Model CQI, 90
 Model ECHO, 91
 Model *economic order quantity* (EOQ), 349
 Model *find, organize, clarify, understand, select, plan, do, check, and act* (FOCUS-PDCA), 94
 Model generalis, 534
 Model pemerintahan, 129
 Model luaran ekonomi, klinik, dan humanistik (ECHO), 424
 Model partisipasi pemimpin, 128
 Model perbaikan CQI, 94
 Model perencanaan keuangan, 283
 Model *plan, do, check, and act* (PDCA), 94
 Model
 alergi obat, 77t
 efek-sampling, 77t
 gambaran obat, 77t
 indikasi obat, 77t
 interaksi obat-obat, 77t
 kompatibilitas intravena, 77t
 kontraindikasi obat penyakit, 77t
 pemasukan pesanan pemberi resep, 77t
 pengecekan rentang dosis, 77t
 perhatian obat, 77t
 profesional, 123
 spesialis, 534
 telah penggunaan obat, 75
 terapi ganda, 77t
 Modular, 122
 Modularitas, 448
 Momen penentuan, 169, 323
 Monografi MedTeach, 77t
 Montir, 197
Most favored nation clause, 257
 Motivasi intrinsik, 181
Multichannel autoanalyzer, 538
 Multitask, 196
 Mutu layanan, 66, 170
 Myers-Briggs Types Indicator (MBTI), 220
 N
 Nama obat yang terlihat mirip, 471
 Nama posisi, 522
 NAPZA, 279
 Narcotics Anonymous, 184
 Nation Bureau of Economic Research, 290
 National Ambulatory Medical Care Survey, 266
 National Association of Boards of Pharmacy (NABP), 84
 National Association of Chain Drug Stores (NACDS), 85
 National Association of Chain Drug Store, 364
 National Center for Patient Safety (NCPS), 96t
 National Committee for Quality Assurance (NCQA), 98
 National Community Pharmacists Association (NCPA), 85, 271, 364, 378, 511
 National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 182
 National Institute for Pharmacist Care Outcomes (NIPCO), 501
 National Labor Relations Act, 163, 182
 National Labor Relations Board, 182
 National Library of Medicine, 45
 National Quality Measures Clearinghouse (NQMC), 97t
 National Supplier Clearinghouse, 416
 Necara, 232, 231, 239t
Net value test, 264
 New York Heart Association (NYHA) Functional Classification, 424
New York Times, 139
 Nexium, 358
 Nicardipine, 477
Niche marketing, 381
 Nifedipine, 477
 Nilai, 307
 Nilai-nilai dasar, 518
No finger pointing, 99
 Nomor penyedia layanan, 415
Non-profit organization, 118
 Norma, 122

Now, Discover Your Strengths, 221

Nursing home, 45, 48

Nyata, 170, 317

O

Obat darurat penyelamat jiwa, 347

Obat multisumber, 250

Obat *over-the-counter* (OTC), 457, 469

Obat resep, 5

Obat yang diinjeksikan, 473

Obat-obat bebas, 381

Obat-obat OTC baru, 369

Obat-obat penurun lemak, 399

Obligasi, 242

Observasi, 97

Occupational Safety and Health Act (OSHA), 182, 394, 401

Omnibus Budget Reconciliation Act di tahun 1990 (OBRA 90),
92, 189, 268, 446, 458

Ongkos peracikan, 248

resep, 250, 251t

Online, 237, 272

Operasional, 36, 53t, 60

manajemen

kesimpulan, 70

lokasi, 67

manajemen inventori, 69

manajemen jaringan suplai, 69

pemeliharaan sumber daya, 70

pengelolaan kualitas, 65

perancangan produk dan pelayanan, 64

strategi proses, 65

sumber daya manusia, 67

tata ruang apotek, 67

mengelola, kaitan antara operasional dengan profitabilitas, 60

Operasional apotek, 524

Organisasi, 40

definisi, 114

Organisasi farmasi, 37, 40

Organisasi kelompok pembelian (GPO), 536

Organisasi matriks, 121

Organisasi nirlaba, 282

Organisasi *not-for-profit*, 299

Organisasi pembelian kelompok (OPK), 353

Organisasi pembelian pusat, 353

Organisasi pemeliharaan kesehatan, 378, 424

Organisasi tanpa batas, 122

Organisasi tidak berfungsi, 118

Organisasi virtual, 122

Organisasi-organisasi pemeliharaan kesehatan, 6

Orientasi hubungan, 127

Orientasi pasar *responsif*, 311

Orientasi pasar *proaktif*, 311

Orientasi tugas, 127

Osteoporosis, 417

skrining, 389

pemantauan, 410

Otomatisasi, 84

istilah, 75

Otomatisasi pada proses kontrol inventori, 85

Otonomi, 181

Otoritas, 120

OutlookSoft, 284

Overhead, 284, 334

P

Pabrik pengemasan daging, 456

Paket manfaat bagi pelanggan, 172

Papan pengumuman, 402

Paparan, 441

Paradigma risiko apotek, 450t

Pasal kemitraan, 507

Pasar, 306, 328

istilah, 47

layanan apotek, 379

pelanggan, 54t

peluang, 328

Pasar target, 47

Pasar yang kompetitif

layanan farmasi, 11t

Pasien, 47

Pasien Medicaid, 236

Pasien Medicare part B melalui Incident to Physician Service
Regulations, 414

Pasien pembayar-pribadi, 246

Pasien tunai, 246

Pasiva, 294

jangka panjang, 294

lancar, 294

Paten, 493

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), 429, 433

PDP, 414

PDX, 76

Pedagang besar farmasi (PBF), 352

Pedagang besar farmasi dengan pelayanan lengkap, 352

Pedagang perantara, 323

Pedoman analisis sumber penyebab "*flip card*", 96t

Pedoman ATP III, 397

Pekerja berpengetahuan, 181

Pelacakan penilai, 162

Pelanggan, 47, 270, 320

Pelanggaran tahun 1920-an, 363

Pelapisan anggaran, 285

Pelatihan orientasi, 143

Pelatihan pegawai, 459

Pelatihan-lintas, 144

Pelayanan farmasi, 45

Pelayanan kesehatan, 337

Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat, 188

Pelayanan konsultasi farmasi, 45, 47

Pelayanan konsumen, 64

Pelayanan pelanggan, 53t

Pelayanan pendampingan pembayaran pihak ketiga, 352

Pelayanan pengemasan kembali, 352

Pelayanan yang memadai, 317

- Pelecehan seksual, 444
 - di tempat kerja, 186
- Pelemahan pegawai, 183
- Peluang, 382
- Peluang pelayanan, 54
- Pemahaman ilmiah, 307
- Pemangku kepentingan, 328
- Pemantauan, 37
- Pemantauan laboratorium, 418
- Pemantauan lipid, 410
- Pemantauan penggunaan antikoagulan oleh farmasis, 389
- Pemasar, 317
- Pemasaran, 12t, 306
 - bauran, 312, 401
 - data pelanggan, 320
 - definisi dan konsep, 307
 - efisiensi, 323
 - harapan, 316
 - hubungan, 321, 323
 - ilmu, 307
 - kebutuhan, keinginan, dan permintaan, 310
 - kepuasan dan kualitas, 317
 - kesetiaan, 319
 - konsep inti, 311
 - miopia, 312
 - nilai, 318
 - orientasi perusahaan, 308
 - penerapan rencana, 340
 - rencana, 49
 - bauran pemasaran, 333
 - proses kontrol, 339
 - target pasar, 331
 - tujuan dan sasaran, 330
- Pembagian kerja, 121
- Pembagian risiko, 442
- Pembagian yang adil, 250
- Pembangunan layanan perawatan pasien, 514
- Pembayar pihak ketiga, 236
- Pembayaran, layanan bernilai tambah, 434
- Pembayaran pajak, 294
- Pembayaran pihak ketiga layanan farmasi, 11t
- Pembelian
 - harga yang tepat, 350
 - jumlah yang tepat pada waktu yang tepat, 348
 - produk yang tepat, 347
 - vendor yang tepat, 351
- Pemberitahuan tentang praktik privasi, 460
- Pembiayaan, 230, 512
- Pembiayaan berbasis kegiatan (ABC), 282, 282g
- Pembiayaan ekuitas, 509
- Pembiayaan pribadi, 509
- Pembiayaan utang, 509
- Pembuat keputusan, 120
- Pembunuh komputer, 449
- Pemecatan, 145
- Pemegang saham, 231, 233
- Pemeliharaan, 80
 - sumber daya, 70
- Pemesanan C-II, 357
- Pemikiran strategi, 172
- Pemilihan obat, 476
- Pemimpin, 201
- Pemimpin *autocratic*, 127
- Pemimpin *democratic*, 127
- Pemimpin laissez-faire, 127
- Pemimpin politis, 217
- Pemimpin simbol, 217
- Pemimpin struktural, 217
- Pemimpin sumber daya manusia, 217
- Pemimpin terbatas, 218
- Pemimpin yang dipelajari, 218
- Pemimpin yang memimpin, 218
- Pemimpin yang terpendam, 218
- Pemosisian, 312, 314
- Pemulihan, 175
- Pemulihan layanan, 173, 175
 - paradoks, 175
- Penahanan/pembatasan kerusakan, 175
- Penaksiran nilai, 512
- Penanda, 97
- Penanggalan, 351
- Penawaran, 60
- Penawaran kolektif, 271
- Pencapaian pribadi, 489t
- Pencemaran nama baik, 444
- Pencipta ide yang ahli, 489t
- Pendamping pasien, 9t
- Pendapatan, 538
- Pendekatan kontingensi, 121
- Pendekatan kuantitatif, 450
- Pendekatan penganggaran dasar, 284
- Pendekatan standar kerja, 159
- Pendidik pasien diabetes (CDE), 382
- Pendidikan, 533
- Pendidikan pasien, 388
- Pendisiplinan pegawai, 137
- Pendisiplinan progresif, 145
- Pendokumentasian, 389
- Penelitian luaran, 424
- Penelitian Gallup University, 218
- Penempatan
 - kantor personalia, 139
 - lamaran kerja, 140
 - menyeleksi kandidat, 142
 - penyaringan, 140
 - proses mempekerjakan, 142
 - wawancara, 140
- Penerimaan barang (ROG), 351
- Pengadaan, 346
- Pengadaan elektronik, 357
- Pengajuan buta, 413
- Pengajuan klaim, 417

- Pengalihan risiko, 442
 - Penganggaran partisipatif, 286
 - Pengaruh nilai waktu, 299t
 - Pengaruh perilaku, 285
 - Pengaturan uang, 22
 - Pengayaan pekerjaan, 180
 - Pengelolaan karir yang aktif, 188
 - Pengelolaan terapi obat (MTM), 222
 - Pengeluaran, 233
 - Pengeluaran bunga, 296
 - Pengeluaran tetap, 294
 - Pengeluaran tidak tetap, 294
 - Pengembangan kebijakan, 533
 - Pengembangan pribadi, 526
 - Pengembangan profesi, 144
 - Pengembangan staf
 - farmasis rumah sakit, 535
 - Pengenal Penyedia Nasional (NPI), 270
 - Pengetahuan, 12
 - Pengetahuan manajerial, 12-13, 12t
 - Penggantian
 - di apotek, 246
 - untuk obat resep, 248
 - tarif, 248
 - rumus menggunakan AWP, 249
 - dampak keuangan, 250
 - masa yang akan datang, 258
 - Penggantian biaya, 54t
 - Penggantian pembayaran, 236, 410
 - Penggila kerja, 201
 - Penggunaan yang lampau, 348
 - Penghambat aldosteron, 427
 - Penghambat enzim pengubah angiotensin, 266
 - Penghambat reseptor angiotensin (ARB), 266, 427
 - Penghasilan bersih/pendapatan, 233
 - Penghentian pemakaian tembakau, 306
 - Penghibur, 202
 - Penghubung, 201
 - Pengingat pil, 369
 - Pengiriman, 346
 - Pengiriman *just in time* (JIT), 352
 - Pengobatan bertingkat, 265
 - Pengodean CPT, 416-417
 - Pengodean ICD-9-CM, 417
 - Pengorganisasian, 21
 - Pengukuran luaran, 395
 - Pengumpulan data, 389
 - Pengumpulan data pasien, 389
 - Pengunaan hasil penilaian kinerja, 162
 - Pengurangan volume persediaan, 355
 - Penilaian, 525
 - Penilaian insiden-kritis, 155
 - Penilaian kinerja, 150-151, 154t
 - dasar pemikiran
 - hukum, 151
 - keadilan dalam pemberian imbalan, 153
 - komunikatif, 152
 - produktivitas tenaga kerja, 152
 - imbalan, 162
 - jenis
 - sistem absolut, 153
 - sistem berorientasi hasil, 158
 - sistem relatif, 157
 - keuntungan dan kerugiannya, 154t
 - memastikan hasil yang valid, 161
 - Menerapkan sistem, 162
 - motivasi, 163
 - bentuk keuntungan lain, 163
 - memberi pujian, 163
 - pertimbangan khusus, 159
 - wawancara, 159
- Penilaian kualitatif, 450
 - Penilaian multi-penilai, 155
 - Penilaian peringkat grafis, 155
 - Penilaian risiko kardiovaskular, 410
 - Penistaan, 444
 - Penjadwalan, 67
 - Penjual super, 489, 489t
 - Penjualan bersilang, 366
 - Penjualan kredit, 236
 - Penjudi berisiko tinggi, 489
 - Penjualan personel, 334-335
 - Pennsylvania Life Insurance Company, 270
 - Penulisan Rencana Bisnis, 53
 - Penurunan kolesterol LDL, 426
 - Penurunan produktivitas, 291
 - Penyakit arteri koroner (CAD), 417
 - Penyakit jantung, 426
 - Penyakit jantung iskemik, 399
 - Penyakit karena penggunaan rokok, 417
 - Penyakit kronis, 426
 - Penyakit Parkinson, 432
 - Penyakit paru obstruktif kronis (COPD), 399
 - Penyakit pembuluh darah bawaan, 417
 - Penyakit tertentu, 306
 - Penyaringan, 140
 - Penyedia perlengkapan medis yang tahan lama (DME), 415
 - Penyelenggaraan layanan, 169
 - Penyuratan langsung yang ditargetkan, 334
 - Penyusutan persediaan, 356
 - Peran berlebih, 124
 - Perang Dunia II, 363
 - Perang manajemen waktu, 197
 - Perantara, 352
 - Peranti lunak anggaran berbasis-web, 284
 - Peraturan, 54t
 - Peraturan Emas, 25
 - Peraturan Privasi, 459
 - Perawatan jangka panjang, 45
 - Perbaikan kualitas berkelanjutan, 93
 - Perbandingan metode promosi, 334t
 - Perbandingan rata-rata laba bersih, 252

- Perbedaan dampak, 185
 Perbedaan perlakuan, 185
 Perekrutan proaktif, 138
 Perekrutan, 21, 138, 158, 278
 Perencanaan
 dokumen, 39
 hambatan, 39
 keterbatasan, 40
 strategis, 31-39
 tahap-tahap, 32t
 umum, 31
 Perencanaan alternatif, 31t
 Perencanaan bisnis, 31t, 44, 48, 377
 langkah-langkah dalam pengembangan
 identifikasi rencana aksi, 50
 penetapan rencana pengakhiran, 50
 penilaian risiko kritis dan peluang, 50
 komunikasi, 52
 Perencanaan finansial, 48, 54
 Perencanaan jangka panjang, 33
 Perencanaan karir, 152, 187
 Perencanaan keuangan pribadi, 292
 Perencanaan operasional, 31t, 37
 Perencanaan organisasional, 31t
 Perencanaan pensiun, 298, 300
 Perencanaan strategis, 30, 31t
 batas waktu, 33
 contoh, 37
 didefinisikan, 33
 masalah, 33
 proses, 34, 36, 37
 reaktif atau proaktif, 33
 tujuan, 32
 visi dan misi, 33
 Perencanaan sumber daya, 31, 31t
 Perencanaan teknologi informasi, 32
 Perencanaan yang efektif, 38-39
 Peresepan obat, 10
 Perfeksionis, 196
 Pergeseran biaya, 256
 Periklanan, 13
 Peril, 444
 Perilaku etika, 189
 Perilaku farmasis dalam berorganisasi, 123
 Perilaku kerja disfungsi, 291
 Perilaku konsumen, 364
 Perilaku menarik diri, 125
 Perilaku organisasional, 114
 Perilaku terkait manajemen keuangan pribadi yang buruk, 292t
 Peringatan tertulis, 145
 Peringatan verbal, 145
 Peringkat alternasi, 154t, 157
 Peringkat grafis, 156t
 Periode fiskal, 231
 Perjanjian, 455
 Perjanjian kontrak, 50
 Perjanjian praktik kolaboratif (CPA), 403, 404g
 Perkembangan legal dalam regulasi, 456
 contoh kasus, 463
 Perlengkapan medis, 434
 Perlindungan hak cipta, 493
 Permasalahan keselamatan kerja, 182
 Permintaan, 310
 Permintaan negatif, 310
 Permintaan yang ambigu, 472
 Pernyataan misi, 34, 46, 518
 farmasis rumah sakit, 535
 rumah sakit penelitian anak St. Jude, 378t
 Walgreen, 378t
 Pernyataan misi pribadi, 202
 Pernyataan tentang keperluan medis, 417
 Pernyataan visi, 33
 Perpindahan kerja, 124
 Perputaran piutang, 236
 rasio, 236
 Persediaan, 354
 Persediaan antisipasi atau spekulatif, persediaan, 349
 Persediaan pengaman, 349
 Persediaan penyangga, 349
 Persediaan siklus, 349
 Persiapan dan pencegahan, 175
Personal digital assistants (PDAs), 76
 Personalia, 401
 Personel, 114, 316, 333
 Personel apotek, 159
 Persyaratan penjualan, 350
 Pertukaran, 307, 311
 Pertukaran antara otomatis dan manusia, 449
 Perubahan gaya hidup terapeutik (TLCs), 397
 Perusahaan asuransi, 378
 Perusahaan farmasi jaringan "lumpang dan mortar", 7
 Perusahaan Wyeth Pharmaceutical, 34
 Perwakilan industri, 348
 Pesan promosi, 338
 Peter Drucker, 197
 Petugas privasi, 459
 Petunjuk harga, 369
 Pharm.D, 503
 Pharmaceutical Benefit Managers (PBM), 270
*Pharmacists for the Future: The Report of the Study Commission on
 Pharmacy*, 6
Pharmacy and Therapeutics, 482
 Pharmacy Health Information Exchange, 85
 Pharmacy Quality Alliance (PQA), 99, 273
 Pharmacy Quality Commitment (PQC), 100
 Pharmacy Reconciliation Report (PRR), 237
Pharmacy Today, 482
 Physician Order Entry Team (POET), 85
 Pihak ketiga, 323, 348, 380, 383, 416, 434
 dampak penggantian
 keuangan, 250
 definisi, 246
 kontrak, 256-257
 pengaruh penggantian biaya di apotek, 246

- penggantian untuk obat resep, 248
- pengurangan penggantian, 257
- Pinjaman mahasiswa, 294
- Pintu masuk dan keluar, 365
- Piranti
 - keras, 75
 - keras perifer, 75
 - lunak, 75
 - yang tampak, 75
- Plan, 250, 252, 257, 263, 266, 268, 270, 272, 299, 412, 425
- Plan asuransi kesehatan, 413
- Plan dipertinggi, 264
- Plan manfaat jasa, 246
- Plan Medicare Advantage (MA-PD), 264
- Plan obat resep (PDP), 263, 270-271
- Planner, 204
- Plan-o-gram, 367
- Plan-speak, 39
- Plester harus dipertimbangkan, 411
- Plot hamburan, 97
- Pneumococcal polysaccharide, 417
- Point-of-care devices, 76
- Pola lalu lintas, 365
- Pola perilaku mudah menderita sakit koroner, 183
- Polis, 444
- Pondasi, 323
- Porsi biaya produk, 248
- Posisi Keuangan, 153
- Posisi operator lapangan, 526
- Potassium chloride, 473
- Prakiraan, 67
- Praktik apotek institusional, 62t
- Prapembayaran, 351
- Prediksi, 427
- Prednisone, 472
- Premi, 264
- Premi asuransi, 294
- Prescription Drug Marketing Act (21 CFR Parts 203 and 205), 69
- Prescription Drug Marketing Act tahun 1987 (PDMA), 461
- Presentasi rencana, 55
- Presentasi yang verbal, 55
- Principles of Corporate Finance, 231
- Prinsip faktor manusia, 92
- Prinsip Pareto, 205
- Prinsip-prinsip organisasional, 115
- Prioritas tugas, 204
- Privasi, 83t
- Proaktif, 196, 205
- Produk, 312, 314, 333, 401
- Produk bebas (OTC), 306
- Produk dengan label khusus, 352
- Product facing, 367
- Produk higiene perempuan, 366
- Produk iPod, 33
- Produk kontrol bobot, 366
- Produk obat, 350
- Produk obat generik, 355
- Produk *over the counter* (OTC), 328, 333, 339, 366, 427
 - penjualan, 256
- Produk penghentian merokok, 366
- Produk perawatan rambut, 366
- Produk yang tepat, 347
- Produksi layanan, 315
- Produktivitas, 316, 401
 - kehilangan, 291
 - penyedia layanan, 333
 - tenaga kerja, 152
- Produktivitas dan kualitas, 337
- Produktivitas umum apotek, 62t
- Produsen, 337
- Profesional dalam organisasi birokrasi, 123
- Profesional farmasi, 378
- Profesional Organizers di New York, 198
- Professionalitas, 160
- Profit company, 118
- Profitabilitas, 53t, 331, 354
 - rasio, 234, 234t
- Program berhenti merokok, 410, 434
- Program CQI, 92
- Program Davies, 81
- Program diagnostik elektrokardiogram (EKG), 75
- Program edukasi pasien, 370
- Program inden, 352
- Program kepemilikan, 352
- Program manajemen lemak, 394
- Program manajemen penyakit, 388, 424
- Program Med Check, 335, 336t
- Program Medicare, 258
- Program Medwatch dari Food and Drug Administration (FDA), 358
- Program New Hampshire's Medicare, 423
- Program pelayanan konsultasi farmasi, 51t, 53t, 54t
- Program pemantauan/skrining, 389
- Program pendamping pegawai (EAPs), 183
- Program pendidikan multidisiplin, 482
- Program Pharm.D, 211
- Program piranti lunak, 449
- Program skrining/promosi kesehatan, 389
- Program stop merokok, 381
- Promosi, 312, 333-334, 401
 - kegiatan, 313
- Promosi kesehatan oleh farmasis, 389
- Promosi penjualan, 334-335
- Prosedur pengumpulan data, 97
- Proses, 91, 315
- Proses *credentialing*, 413
- Proses dan hasil pengukuran, 97
- Proses kontrol, 332t, 333t
- Proses manajemen, 401
- Proses pembelian, 353
- Proses pendukung, 340
- Proses pengolahan data, 75
- Proses transaksi, 75
- Protected health information (PHI), 446, 459-461

- Protokol manajemen pengobatan, 394
 Proyek Mississippi Medicaid, 414
 Proyeksi penjualan, 280
 Proyeksi yang akurat, 286
 Pseudoefedrin, 366
 Psikolog, 381, 114
 Publisitas, 334-335
 PubMed, 378
 Pure Food and Drug Act of 1906, 456
 Pusat biaya, 238, 242
 Pusat keuntungan, 238
 Pusat perbelanjaan, 364
 Putaran inventaris, 243
 Putaran piutang
 rasio, 243
- Q**
- Q12, 220, 222
 QS/1, 76
Quality-adjusted life-years (QALY), 426
- R**
- Rancangan pekerjaan, 181
 Rasio cepat, 235-236, 243
 Rasio efisiensi, 236
 Rasio keuangan, 233
 Rasio laba bersih terhadap rata-rata persediaan, 355
 Rasio lancar, 235, 243
 Rasio likuiditas, 234t, 235
 Rasio manfaat-biaya, 426, 431
 Rasio penggunaan aktiva, 236
 Rasio perputaran, 234t, 236
 Rasio perputaran inventaris, 236
 Rasio uji cair, 235
 Rata-rata biaya pokok, 252
 penjualan per resep, 252
 Rata-rata periode penagihan, 236
Real estate, 294
Real time, 257
Regional officer, 120
 Rekam kesehatan elektronik, 81
 Rekam medis, 431
 Rekam medis elektronik, 81
 Rekan bisnis, 460
 Rekening pensiun, 294
 Reliabilitas, 162, 318
 Rencana aksi, 50, 55, 341
 Rencana analisis data, 97
 Rencana bisnis, 44-45
 daftar isi umum, 55t
 langkah-langkah dalam pengembangan
 analisis kompetitor, 47
 penelitian persyaratan klinis dan kualitas, 47
 pengembangan perencanaan finansial, 49
 pengembangan strategi pemasaran, 48
 penjelasan bisnis, 46
 penjelasan proses dan pelaksanaan, 48
 riset pasar dan analisis, 47
 Rencana kendali paparan patogen darah (BPEPC), 394
 Rencana keuntungan, 279
 Rencana kontribusi tertentu, 299
 Rencana pemulihan layanan, 323
 Rencana pensiun, 291
 Rencana terapi obat, 340
 Rentan kendali, 121
 Resep, 427
 Resep Marie Lasiter, 63
Return on assets (ROA), 235, 243
Return on equity (ROE), 235, 243
Return on investment (ROI), 235
Revolving budgets, 279
Rider, 444
 Ringkasan organisasi, 53
 Riset Zaltman, 494
 Risiko, 441
 Risiko bisnis, 297
 Risiko digital, 447
 Risiko inflasi, 297
 Risiko keuangan, 297
 Risiko kinerja, 448
 Risiko kritis dan peluang bisnis, 55
 Risiko manajemen, 297
 Risiko murni, 441
 Risiko operasional, 448
 Risiko psikososial, 450
 Risiko sendiri, 444
 Risiko siklus bisnis, 297
 Risiko spekulatif, 441
 Risiko suku bunga, 297
 Risiko terkait teknologi informasi
 risiko kinerja, 448
 risiko operasional, 448
 risiko psikososial, 450
 risiko strategi, 447
 Robotik, 84
 Rotary Club, 222
 Rotasi kerja, 144
 Ruang, 198t
 Ruang putih, 201
 Rujukan, 184
 Rumah sakit penelitian anak St. Jude, 378t
 Rumah sakit penelitian anak yang bersifat nirlaba, 378
Run chart, 97
 RxNorm, 272
- S**
- Saldo dari pinjaman kendaraan, 294
 Saldo kartu kredit, 294
 Salinan yang tidak memerlukan karbon pada permintaan, 473
 Sampul surat, 334
 Sasaran
 rencana pemasaran, 330

- Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire (SPSQ), 428t, 429, 434
- Sebelum Otorisasi, 413
- Securities Act pada tahun 1933, 232
- Securities and Exchange Commission (SEC), 231, 523
- Securities Exchange Act pada tahun 1934, 232
- Sediaan campuran steril, 479
- Segmentasi pasar, 331
- Sekolah farmasi, 4
- Sektor layanan
- hubungan media, 174
 - karakteristik, 168
 - kasus Ben Kolb, 173
 - kelompok, 168
 - kesalahan persepsian non-katastrofik dan gangguan layanan, 175
 - layanan pelanggan, 169
 - mengukur mutu layanan, 170
 - merancang layanan, 171
 - strategi, 172
 - pegawai, 169
 - pekerja profesional, 170
 - penyelenggaraan layanan, 169
 - standar untuk mengevaluasi layanan, 170
 - topik khusus
 - kesalahan persepsian katastrofik, 173
 - pemulihan layanan, 172
- Seleksi fokus, 95
- Selubung digital, 449
- Sentralisasi, 188, 120
- Serangan fungsi bisnis, 449
- Serangan informasi, 449
- Serikat pekerja dan manajemen, 182
- Server, 204
- Server Web, 449
- Seven Habits of Highly Effective People*, 197
- Sewa prabayar, 235
- Shelf extender*, 369
- Shelf talkers*, 369
- Sickness Impact Profile, 428
- SIG (instruktur resep), 272
- Sikap, 160
- Sikap dan perilaku, 320
- Sikap organisasi negatif, 123
- Sistem akuntabilitas, 122
- Sistem apotekari, 474
- Sistem asuhan kesehatan, 430
- Sistem berbasis jaringan, 357
- Sistem berorientasi hasil, 158
- Sistem *Day Runner*, 207
- Sistem informasi apotek
- alat yang berfokus pada asuhan, 76
 - computerized physician/provider order entry (CPOE), 85
 - internet, 82
 - intranet, 84
 - level pengolahan data, 75
 - otomatisasi dan robotik, 84
 - pemeliharaan, 80
 - piranti keras, 75
 - proses seleksi, 77
 - SureScript, 85
 - telefarmasi, 85
 - telehealth, 85
- Sistem kesehatan Elvin, 329
- Sistem kesehatan terintegrasi, 115
- Sistem laporan dan pemantauan, 481
- Sistem pembayaran prospektif pasien rawat jalan (OPPS), 415
- Sistem penganggaran
- anggaran berbasis kegiatan, 282, 282g
 - anggaran induk
 - anggaran laporan keuangan, 281
 - anggaran operasional, 281
 - daftar, 284t
 - organisasi nirlaba, 282
 - penggunaan anggaran berbasis aktivitas, 283
 - penjualan suatu barang atau jasa, 280
 - proyeksi penjualan, 280
 - anggaran operasional, 281
 - aspek internasional, 285
 - biaya siklus hidup, 285
 - kinerja dan insentif, 279
 - komunikasi dan koordinasi, 279
 - megalokasikan sumber daya, 279
 - mengontrol keuangan dan operasional, 279
 - organisasi apotek
 - dengan kegiatan manufaktur, 281
 - dengan layanan bernilai tambah, 281
 - dengan penjualan produk, 281
 - pelaksanaan, 283
 - pengaruh perilaku, 285
 - perencanaan, 278
 - tipe, 279
 - zero base budgeting, 284
- Sistem perencanaan/pengatur berbasis kertas, 207
- Sistem perencanaan Franklin-Covey, 207
- Sistem persepsian elektronik, 470
- Sistem persediaan terus menerus, 356
- Sistem POS, 63
- Sistem relatif, 157
- Situasi darurat, 55
- Situs Web, 510
- Six sigma, 94, 520
- Skala penilaian berjangkar perilaku (BARS), 155, 157t, 159
- Skala peringkat grafis, 156t
- Skedul, 55
- Skors, 145
- Skrining lemak, 389
- Skrining osteoporosis, 410
- Slogan perusahaan, 34
- Social Security, 300
- Software, 410
- Sosiologi, 114
- Sosio-psikologi, 114
- Spasi, 473

- Spirometer, 410
 Spironolakton, 427
 Sponsor *plan*, 271
 Stabilitas kemampuan, 126
 Staf, 53t
 Staf farmasi, 81
 Staf kuasa, 118
 Stand floor display, 367g
 Standar
 definisi, 454
 kinerja profesional farmasi, 454
 Standar "universal" organisasi, 120
 Standar emas, 189
 Standar kinerja, 140
 Standar manfaat Medicare untuk obat dengan resep di tahun 2006, 263g
 Standar praktik
 farmasi rumah sakit, 535
 Standar Sigma Enam, 171
 Standar Tricare, 271
 Standar waktu, 337
 Standard & Poor's Index (5 & 500), 297
Standard deviation rule, 185
 Standarisasi, 92, 120
 Stanford Technology Venture Program, 495
 State children's health insurance programs (SCHIPs), 263
 Statin, 266
 Stephen Covey, 197
 Strategi kemenangan, 172
 Strategi meninggalkan bisnis, 493
 Strategi pemasaran asuhan kefarmasian, 307
 Strategi penghentian, 55
 Strength Deployment Inventory (SDI), 220
 Strengths Finder profile, 221
 Stres emosional, 291
 Stres pekerjaan, 183, 211
 dan manajemen waktu, 211
 bagi farmasi, 211t
 Stres sekolah, 211
 Struktur, 91
 Struktur dan proses operasional, 54
 Struktur divisional, 122
 Struktur organisasional, 188
 desentralisasi, 121
 diferensiasi horizontal, 188
 diferensiasi spasial, 120
 diferensiasi vertikal, 118
 farmasi rumah sakit, 535
 formalisasi, 120
 informal, 122
 kesatuan perintah, 121
 model birokrasi, 123
 pembagian kerja, 121
 endekatan terbaru desain, 121
 perilaku kepemimpinan, 126
 rentang kendali, 121
 sentralisasi, 120
 sikap dan perilaku farmasi terkait kerja, 123
 Struktur sederhana, 122
 Sumber daya, 279, 490
 Sumber daya manusia, 67
 Sumber daya Medicare Part D berbasis web, 271t
 Sumber daya terbatas, 291
 Sumber modal potensial untuk pembiayaan usaha apotek baru atau yang sudah jalan, 510t
 Sumber pembiayaan, 509
 Sumpah Hipocrates, 189
 Supervisor, 182
 SureScript, 85
 Survei evaluasi, 320
 Survei melakukan sendiri, 432
 Survei melalui surat, 432
 Survei melalui telepon, 432
 Survei nonpelanggan, 321
 Survei Panel Pengeluaran Medicare (MEPS), 268
 Survei pasca transaksi, 320
- T**
 Tabungan pensiun, 301
 Tahap pascaperencanaan, 36
 Tahap pengembangan karir Levinson, 187t
 Tahap peracikan, 388
 Tahap perencanaan, 35
 Tahap praperencanaan, 35
 Tahapan dalam pengerjaan resep, 475
 Tahun fiskal, 237
 Takaran dosis antibiotik, 49
 Talidomid, 457
 Talk About Prescriptions, 314
 TalkingQuality.gov, 99
 Target pasar, 308, 331, 332t, 333t, 348
 Tarif penggantian, 250
 Tata letak, 365
 Tata ruang apotek, 67
 Taylor, F. W., 19
 Tegretol (karbamazepin), 473
 Tekanan darah, 423
 Tekanan pekerjaan, 124
 Tekanan peran, 125, 152
 Teknik injeksi insulin, 418
 Teknologi, 54t, 74
 dalam manajemen persediaan, 357
 definisi, 75
 layanan farmasi, 11t
 Teknologi *point-of-care*, 76
 Telaah literatur, 96
 Telefarmasi, 85
 Telehealth, 85
 Telepon selular, 311
 Tempat, 313, 333, 401
 Tenaga farmasi, 251
 Teori kepemimpinan
 perilaku, 126
 sifat, 126

- situasional atau berbasis kemungkinan, 127
 pertukaran pemimpin-anggota, 128
 model partisipasi pemimpin, 128
 kepemimpinan transaksional versus transformasional, 130
 Teori kepemimpinan situasional, 127, 129g
 Teori manajemen klasik (Fayol), 20t
 Teori sistem, 92
 Teori Carl Jung, 220
 Terapeutik, 4, 11, 395
 Terapi
 tujuan, 388
 Terapi antikoagulan, 380
 Terapi hipertensi, 339
 Terapi obat, 380, 388
 Terapi obat hipoglikemi, 382
 Terowongan visi, 185
 Bertanggung jawab, 264
The 21 Irrefutable Laws of Leadership, 219
The 7 Habits of Highly Effective People, 219
The Entrepreneurial Mindset, 490
The Four Routes to Entrepreneurial Success, 489
The Jungle, 456
 The Pharmaceutical Curriculum, 6
The Practice of Management, 197
Theme park industry, 312
 Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI), 220, 221
Time Management from the Inside Out, 198
 Tindakan afirmatif, 137
 Tingkah laku masyarakat, layanan farmasi, 11t
 Tingkat layanan yang diinginkan, 316
 Tingkat layanan yang diprediksi, 317
 Tingkat perputaran persediaan (ITOR), 354-355
 Tingkat probabilitas, 441
 Tingkatan doktorat profesional (Pharm.D.), 456
 Tinjauan penggunaan obat prospektif (pro-DUR), 458
 Titik pemesanan ulang, 349
 Title VII of the Civil Rights Act tahun 1991, 137
 Title VII of the Civil Rights Act tahun 1964, 185
 Title VII of the Civil Service Reform Act, 151
 Titles I and V of the Americans with Disabilities Act tahun 1990, 185
 T-mobile, 448
 Toleransi kesalahan, 155
 Tom Worrall, 200
Tote, 353
Trade down, 300
Traffic count, 510
 Tragedi Elikir Sulfanilamid pada tahun 1937, 455-456
 Transaksi, 311
 Transfer, 312
 Transfer dana elektronik (TDE), 351, 357
 Transparansi, 83t
 Transportasi pesawat, 314
 Triage, 210
Trial and error, 337
 Tugas terjadwal, 206
 Tugas atau rencana aksi, 36
 Tujuan, 36, 96, 342
 manajemen persediaan, 354
 organisasi, 35
 rencana pemasaran, 330
 Tujuan dan citra apotek, 348
 Tujuan perencanaan karir, 187
 Tujuan SMART (specific, measurable, achievable, realistic, and aimed), 202
 Tujuh langkah siklus perubahan, 198g, 199g
 Tulisan tangan yang tidak dapat dibaca, 470
 Tunai di tempat (COD), 351
- U**
 U.S. Bureau of Labor Statistics, 19
 U.S. Drug Enforcement Agency (DEA), 357
 U.S. Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 137
 Uang strategis, 492
 Uji kelayakan CLIA, 394, 410, 415
 Ukrops, 139
 Ulasan kerja, 158
 Ulasan kinerja, 151
 Ulasan kinerja ad hoc, 144
 Ulasan kinerja tahunan (atau semi tahunan), 144
Umbrella liability, 444
 Umpan balik, 181, 220, 222
 Umpan balik 360 derajat, 155, 220, 222
 Umpan balik harian, 144
 Umpan balik kinerja
 pendisiplinan progresif, 145
 tipe, 144
 Umpan balik majerial, 144
 Umpan informal, 163
 Undang-undang Medicare Modernization, 413
 Undang-undang praktik kefarmasian negara bagian, 457
 Uniform Partnership Act, 507
 United Healthcare, 270
 United States Pharmacopeia (USP), 474
 Upaya pengurangan-kesalahan pengobatan, 482
 US. Pharmacist, 482
 Usaha perencanaan, 40
 USP/ISMP Medication Error Reporting Program (MERP), 477, 480
- V**
 Vaksin
 influenza, 410
 pneumonia, 410
 valensi-23, 417
 Validitas, 162
 Variabel ekonomi, 423
 Variabel humanistik, 423
 Variabel klinis, 423
 Variabel perancu, 424
 Variabel yang berkaitan dengan kesehatan, 424

Variabilitas, 333
Vendor, 352
Vendor komputer, 323
Vendor yang tepat, 347
Verified Internet Pharmacy Practice Sites (VIPPS) Program, 84
Veterans Administration, 430
Viagra, 311, 358
Vida Farrar, 200
Videoconferencing, 85
Vilfredo Pareto, 205
Vinblastine, 477
Vincristine, 473, 477
Virus split, 417

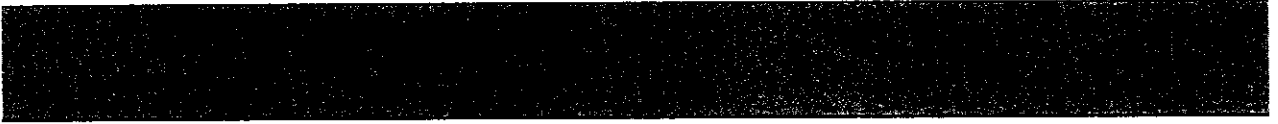
W

Wadah atau strip uji, 410
Wakil presiden, 524
Wall Street Journal, 536
Warfarin, 395
Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA), 220-221
Wawancara
 mempersiapkan pegawai, 160
 pelaksanaan, 160
 perencanaan, 160

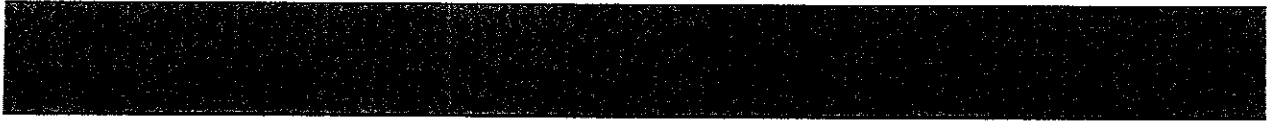
Wawancara dengan tekanan, 141
Wawancara perilaku, 141
Wawancara situasi (bermain peran), 141
Wawancara tatap muka, 432, 433
Wawancara tradisional, 141
Web, 328
WebFOCUS, 284
Wellcare, 270
Wellpoint, 270
Whole Health Partners Pharmacist (WHP), 232, 232t
 laporan arus kas, 234t
 laporan laba ditahan, 233t
 laporan laba-rugi, 233t, 240t
 laporan pembayaran, 237t
 neraca, 232t, 239t
Wholesaler acquisition cost (WAC), 249t, 249
Winning ways, 520

Z

Z. Bodic, 231
Zero-base budgeting, 278, 284
Zidovudine (Retrovir), 474
Zona penerimaan, 171
Zona toleransi, 171, 317



A series of horizontal lines for writing, consisting of 25 evenly spaced lines.



Lined area for writing, consisting of multiple horizontal lines.

INFORMASI

Informasi mengenai buku-buku EGC dapat diperoleh dengan
menghubungi Bagian Pemasaran:

Kantor Pusat:

Jln. Agung Timur IV Blok O1 No. 39, Sunter Agung Podomoro,
Jakarta 14350
Telp. 021-65306283, 021-65306712 Faks. 021-6518178
email: mktg@egc-arcn.com

Cabang Surabaya:

Jln. Siwalankerto Permai II/D26, Surabaya 60216
Telepon (031) 8417762 Faks. (031) 8491104
e-mail: kcsby@egc-arcn.com

Cabang Medan:

Jln. Brigjen Katamso Dalam No. 118, Medan 20159
Telepon (061) 4535058 Faks. (061) 4511578
e-mail: kcmdn@egc-arcn.com

Cabang Yogyakarta:

Perum Green Garden Blok C 97, Jln. Godean Km 1, Kasihan Bantul,
Yogyakarta 55182
Telepon (0274) 560175 Faks. (0274) 554725
e-mail: kcyog@egc-arcn.com

Cabang Makassar:

Jln. Nuri Lama No. 25 Mariso, Makassar
Telepon (0411) 859624, 081291199487
Faks. (0411) 872839
e-mail: kcmks@egc-arcn.com

Dapatkan informasi lengkap dan terbaru di www.egcmedbooks.com

FORMULIR PESANAN

Yang terhormat

Bagian Pemasaran

Penerbit Buku Kedokteran EGC

Jl. Agung Timur IV Blok O1 No. 39

Sunter Agung Podomoro, Jakarta 14350

Telepon (021) 6530 6283, 6530 6712 • Fax. (021) 651 8178

....., 20

- Mohon dikirimkan: ☐ Informasi buku baru ☐ Daftar harga/katalog
- Untuk buku: ☐ Kedokteran Umum ☐ Kesehatan Masyarakat
- ☐ Kedokteran Gigi ☐ Farmasi
- ☐ Kebidanan ☐ Kesehatan Populer (Arcan)
- ☐ Keperawatan

Kami juga pesan buku berikut ini:

1.
2.
3.
4.
5.

Mohon informasi berapa jumlah yang harus saya lunasi.

Alamat, nomor telepon, dan email saya adalah sebagai berikut:

Alamat :

.....

.....

No. Telp. :

Email :



Formulir ini dapat diperbanyak dengan fotokopi

Jkt/Jun 2011